

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI
FEDERICO II**

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Dipartimento di Scienze Mediche Preventive

Sezione Igiene

Dottorato in:

“Economia e management delle organizzazioni e delle
aziende sanitarie”

**“DAY SURGERY:
EVOLUZIONE TECNICA, ORGANIZZATIVA ED
ECONOMICA ALLA LUCE DELLA VIGENTE NORMATIVA”**

Coordinatore:
Prof.ssa Maria Triassi
Relatore:
Prof. Marcello Bracale

Candidato:
Riccardo Zappacosta

ANNO ACCADEMICO 2004-2005

INDICE

INTRODUZIONE	5
1. ANALISI DELLA NORMATIVA IN TEMA DI DAY SURGERY	
1.1 - Riferimenti Nazionali	8
1.2 - Riferimenti Regionali	21
1.3 - Riferimenti Internazionali	45
2. ANALISI DELLE LINEE GUIDA IN TEMA DI DAY SURGERY	
2.1 - Obiettivi, strumenti e destinatari	48
2.2 - Il quadro normativo di riferimento	49
2.3 - Le linee guida per l'organizzazione delle attività di Day surgery	51
2.4 - I requisiti minimi tecnologici, strutturali ed organizzativi	56
2.5 - Il personale	57
2.6 - La selezione dei pazienti	59
2.7 - I criteri clinici	59
2.8 - I criteri logistici e sociali	60
2.9 - L'informazione ed il consenso informato	61
2.10 - La regolamentazione delle fasi di ammissione, cura, pernottamento e dimissione	62
2.11 - L'ammissione	63
2.12 - La cura	65
2.13 - Il pernottamento	66
2.14 - La dimissione	67

2.15 - La continuità assistenziale	68
2.16 - I controlli post-operatori	69
2.17 - I rapporti con il medico di medicina generale e con il pediatra di libera scelta	69
2.18 - La valutazione delle attività	70
2.19 - Elenco degli interventi e delle procedure eseguibili in day- surgery	71
 3. MODELLI ORGANIZZATIVI	
3.1 - L'organizzazione nelle strutture sanitarie	91
3.2 - Le variabili organizzative: struttura e meccanismi operativi	94
3.2.1- La struttura organizzativa di base	94
3.2.2- I meccanismi operativi	96
3.2.3- Le relazioni tra le variabili organizzative	97
3.3 - I modelli organizzativi utilizzati nelle strutture di day-surgery	99
3.4 - Le unità autonome dedicate	99
3.5 - Le unità integrate	100
3.6 - I posti letto dedicati	101
 4. LA GESTIONE PER PROCESSI ED IL PERCORSO ASSISTENZIALE	
4.1 – Introduzione	103
4.2 - La gestione per processi	104
4.3 - Gli aspetti a livello aziendale che favoriscono l' <i>empowerment</i> : la gestione per processi <i>customer driven</i>	105
4.4 - Il percorso assistenziale	112
4.5 - I fabbisogni di integrazione ed il percorso assistenziale	115
4.6 - Le interdipendenze del processo produttivo sanitario	117
4.7 - Gli organi di integrazione orizzontale	121
4.8 - Il percorso assistenziale in regime di day-surgery	123
4.9 - La fase di pre-ospedalizzazione	123
4.10- La cartella clinica	135

4.11- La fase di dimissione	143
4.12 - La soddisfazione del paziente	149
5. IL PERCORSO DEL PAZIENTE	
5.1 – Introduzione	152
5.2 - Definizioni del percorso obiettivo per le prestazioni in day-surgery	165
5.3 - Il percorso del paziente applicato all'ernia inguinale	166
5.3.1- Analisi della prestazione esaminata	167
5.3.2- Brevi note esplicative del percorso dell'ernia inguinale	167
5.3.3- Criteri di ingresso e di uscita	169
5.3.4- Analisi delle eventuali problematiche	170
5.3.5- Risultati di salute attesi	171
5.3.6- Percorso di riferimento	172
5.3.7- Matrici tempi/luoghi/attività	173
5.3.8- Schede di valorizzazione	178
5.3.9- Insufficienze rilevate	184
5.3.10- Costo speciale di produzione e quote di ammortamento	184
5.3.11- Tabella per il calcolo dell'ammortamento	185
CONCLUSIONI	186
BIBLIOGRAFIA	189
ALLEGATI	195

INTRODUZIONE

Negli ultimi 15 anni si è assistito ad una continua crescita della day o ambulatory surgery, la cui caratteristica è rappresentata dal fatto che si effettuano interventi senza il ricovero notturno. I primi “free standing ambulatory surgery” sono nati negli USA intorno al 1970. Venivano accettati per questo tipo di chirurgia soltanto soggetti sani che dovevano affrontare interventi semplici.

Ragioni sociali e culturali, ma soprattutto di ordine economico, volte al contenimento dei costi sanitari, sono stati i motivi che hanno determinato e favorito l’espansione di questo nuovo modo di gestire il paziente chirurgico. Un numero molto elevato di prestazioni chirurgiche può essere effettuato in day surgery, fra le quali, e non solo, quelle che riguardano diversi organi come: l’orecchio, naso, gola, varie procedure ginecologiche e ortopediche, la chirurgia gastrointestinale e plastica.

Negli USA annualmente circa 25 milioni di pazienti devono subire interventi chirurgici, eseguiti in oltre il 65% dei casi in regime di day surgery.

La day surgery offre molti vantaggi rispetto al ricovero ordinario, che riguardano: un maggiore afflusso di pazienti, un tempo fissato per l’intervento, una ridotta domanda di soggiorno notturno come anche dello staff infermieristico per il weekend, ridotte liste d’attesa, un risparmio rispetto al costo degli ospedali

ordinari, una minore attesa sia per i bambini che per i malati più anziani, minima alterazione della normale routine e ridotti costi a carico della famiglia del paziente. Accanto a questi vantaggi, bisogna ricordare anche eventuali svantaggi legati alla day surgery come: nausea, vomito e altre complicanze che possono subentrare nei pazienti che sono stati dimessi troppo presto dall'anestesia, da un inadeguato controllo del dolore o da un insufficiente riposo a casa. Queste possibili complicazioni implicano la necessità di seguire il paziente in day surgery molto scrupolosamente durante tutto il soggiorno, che comprende l'osservazione pre-operatoria, durante l'intervento e post-operatoria, includendo monitoraggio e osservazione, dimissione e anche il controllo telefonico dopo la dimissione. Tutti questi elementi sono considerati cruciali ai fini di un'assistenza di elevata qualità e il raggiungimento di un positivo esito chirurgico.

In risposta ai progressi delle tecniche chirurgiche e procedurali, all'aumento delle attese dei pazienti e alle richieste della società, in vista di una diminuzione dei costi sono emerse nuove regole appropriate alla day surgery, quali gli assistenti in camera operatoria e i tecnici anestesisti. Sebbene vi sia l'opinione comune che la day surgery si adatti solamente a chirurgie minori, la realtà dei fatti è che si eseguono chirurgie più complesse che quindi richiedono la presenza di uno staff di alto livello professionale, capace di soddisfare queste domande.

In Italia lo sviluppo della day-surgery non trova una diffusione simile a quella dei paesi anglosassoni, infatti circa il 20% degli interventi viene trattato in tale regime. Ciò è dovuto a diversi fattori:

- la confusa legislazione riguardante la materia che determina uno stato di incertezza sia negli operatori che negli utenti;
- il pregiudizio culturale che impedisce la diffusione nella mentalità collettiva della disciplina di day-surgery. Esso è frutto sia della disinformazione, sia della convinzione che rapidità sia sinonimo di minore precisione;
- la ancora scarsa confidenza delle nostre strutture pubbliche con il sistema del DRG's che abolisce i rimborsi a degenza per trasferirli sul costo delle prestazioni.

In Italia vi sono linee guida necessarie per l'accreditamento dell'unità di day surgery, ma mancano linee guida basate sulle regole migliori che riguardano pre-admission e admission care da presentare ai pazienti nell'unità di day surgery.

Né vi sono linee guida che possano migliorare e rendere più appropriato il livello dello staff dedicato alla day surgery. Nonostante la presenza di questi deterrenti, fattori politici (il cambiamento della concezione di stato sociale), economici (l'impulso delle assicurazioni e della sanità privata) e di progresso medico scientifico stanno fortunatamente spingendo anche l'Italia verso un sempre maggiore utilizzo della day-surgery.

Per cercare di rispondere ad alcune di queste incongruenze, nel presente studio si è cominciato a cercare di dare un'interpretazione alle normative nazionali italiane scendendo, poi, nel dettaglio all'analisi dell'ambiente regionale, con alcuni riferimenti all'assetto internazionale.

Il lavoro è continuato nell'approfondimento dei concetti che le linee guida danno per una corretta interpretazione del "tema" day-surgery in vista di una giusta organizzazione delle strutture dedicate.

Si analizzerà, poi, la gestione per processi applicata al settore della Sanità, sviluppando un approccio operativo attraverso la creazione di un percorso assistenziale studiato per un'unità di day-surgery.

Verrà inoltre trattato, sempre in tema di gestione per processi, il "percorso del paziente" applicato alla patologia "Ernia Inguinale". Risulta di notevole interesse l'utilizzazione del PDP per riuscire a quantificare il "costo speciale di produzione" di tale patologia e confrontarlo col relativo DRG, riuscendo ad ottenere il ricavo netto della prestazione.

Lo sviluppo del PDP è stato realizzato in collaborazione con la "Clinica Villalba" di Napoli, struttura convenzionata col Sistema Sanitario Nazionale.

1. ANALISI DELLA NORMATIVA IN TEMA DI DAY-SURGERY

1.1 – Riferimenti Nazionali

La chirurgia sta subendo in tutto il mondo grandi trasformazioni legate all'avanzamento tecnologico e farmacologico ed al miglioramento nella diagnosi e cura di molte patologie.

Tra le innovazioni che negli ultimi anni si sono attuate nel mondo della medicina, la day surgery è sicuramente una delle grandi novità in campo chirurgico, la cui attuazione, oltre che essere guidata da criteri clinico-diagnostici, è subordinata anche ad un'attenta analisi dei costi.

Nella pratica medica internazionale con il termine day surgery s'intende "la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici, o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale".¹

La day surgery è trattata dal D.P.R. del 14 gennaio 1997 relativo ai "Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", che tratta la stessa definizione sopra riportata, senza però il pernottamento.

La possibilità che alcune patologie possano essere affrontate con assistenza a ciclo diurno, in alternativa al ricovero tradizionale, viene previsto già dalla L. 412/91 che, demandando alle Regioni la riorganizzazione della rete ospedaliera, prevede – nell'ambito di quest'ultima – l'obbligatoria attivazione di strutture di assistenza ospedaliera diurna.

¹ E. GUZZANTI e F. MASTRILLI, *Il day hospital. La day surgery*, Editeam Gruppo Editoriale, 1993

Con il D.P.R. 20/10/92 viene quindi fornito alle regioni il necessario atto di indirizzo e coordinamento in materia di attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno nelle strutture di ricovero e cura.

Solo dopo due anni compaiono anche le necessarie indicazioni tariffarie, disposte con il D.M. 14/12/94, che per la prima volta tariffava appositamente, distinguendone la natura in trattamenti medici e chirurgici, le prestazioni effettuate in regime di ricovero diurno, ancorché unicamente sotto forma di compensi per ogni giornata di accesso del paziente.

Queste prestazioni comprendevano alcune procedure chirurgiche relative a singoli organi od apparati. La Regione Campania, secondo quanto previsto dalla normativa nazionale, faceva propri i contenuti del D.M. 14/12/94 con i tuttora vigenti DGR 8708 e 8709 del 30/12/94, distinguendo sei differenti fasce tariffarie, in base alla complessità delle strutture.

Con la circolare 1/95, il Ministero della Sanità emanava specifiche linee guida per la corretta applicazione dei contenuti del succitato D.M; in questa circolare l'attività di chirurgia svolta in regime di ricovero diurno veniva definita per la prima volta "Day-surgery" e, contestualmente, si forniva un ulteriore indicatore tariffario, non più solo parametro sui singoli accessi, ma anche riconducibile alla fisionomia tipica del DRG, con un valore tariffario orientativamente indicato in percentuale sul valore attribuito al DRG relativo al ricovero, se questo fosse avvenuto in regime ordinario.

L'aver definito il valore tariffario di prestazioni di day-surgery, trovava peraltro una difficile applicazione, stante la carenza di normativa riguardante i requisiti necessari ad armonizzare le evidenti necessità di sicurezza con le citate prospettive di qualità e di risparmio.

Difatti, come detto sopra, si dovrà giungere al D.P.R. del 14/1/97, per aver un atto di indirizzo e di coordinamento delle Regioni in materia di requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi, necessari per lo svolgimento delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. Relativamente alla attività del day surgery, in tale Decreto venivano stabiliti standard di carattere strutturale, impiantistico ed organizzativo obbligatori per i soggetti erogatori, in mancanza dei quali non era consentito erogare le prestazioni di day surgery.

Di conseguenza, la Regione Campania prevedeva a pieno titolo tale possibilità assistenziale nella L.R. n. 2/98 relativa al Piano Regionale Ospedaliero ove, all'allegato N, la day surgery è inserita tra gli obiettivi del Dipartimento, in quanto tipologia assistenziale garantita attraverso il coordinamento di prestazioni interdisciplinari. Sempre nella L.R. n. 2/98, nell'allegato O venivano forniti alle Aziende indirizzi per l'attività di ospedalizzazione a ciclo diurno, secondo quanto previsto dal citato DPR 20/10/92.

Resta inteso che l'attività di day surgery, erogata con onere a carico del SSR, potrà essere espletata, sia pure in via provvisoria, unicamente da quelle strutture pubbliche o private provvisoriamente accreditate nella cui organizzazione funzionale sia già prevista ed in esercizio un'attività chirurgica, e ciò sino a quando non si provvederà al definitivo accreditamento delle citate strutture.

Tali presidi potenzialmente già operativi risultano essere, nella rete organizzativa della Regione Campania, le Aziende Ospedaliere ed Universitarie, i Presidi ospedalieri di Aziende Sanitarie locali, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, gli Ospedali Religiosi Classificati, le Case di Cura provvisoriamente accreditate.

Si ribadisce che tutte queste strutture, per accedere alla attività di day surgery a carico del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), dovranno già possedere in esercizio un'attività chirurgica autorizzata, riconosciuta ed attiva in regime di accreditamento provvisorio.

Inoltre, queste strutture devono possedere una dotazione di almeno 20 posti letto autorizzati per area funzionale chirurgica, secondo quanto previsto dell'art. 26 della L.R. 2/94 istitutiva del SIRES, ed alla luce di quanto previsto nella legge regionale di piano ospedaliero.

Le attività ospedaliere in regime diurno sono state regolate, come detto sopra, per la prima volta con il D.P.R. 20/10/1992, *“Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali”*, che stabilisce le modalità di erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportano la necessità di ricovero ordinario. Il decreto riporta:

- 1) all'art.1, che il numero dei casi da trattare, nell'arco della giornata, non deve essere superiore al doppio dei posti letto istituiti.
- 2) all'art. 2, che la percentuale di posti letto, in regime di ricovero ordinario per acuti, da riconvertire in posti letto equivalenti a ciclo diurno deve essere pari almeno al 10%.

La logistica di tali strutture ospedaliere diurne è di regola in contiguità con le rispettive unità ordinarie di degenza, al fine di favorire l'opportuna integrazione operativa e del personale. Le AUSL devono definire, sulla base di indirizzi regionali, i criteri per la programmazione del lavoro, le assegnazioni di organico, le modalità di accettazione, il collegamento con i vari servizi e, in particolare, con quelli di diagnostica e di laboratorio, nonché i rapporti con i pazienti, i loro familiari e con il medico di famiglia, al fine di garantire la necessaria continuità assistenziale. La Regione, deve, altresì, verificare la qualità assistenziale ed il suo livello di efficienza, considerando come ottimali i seguenti indici di attività:

- 1) indice di rotazione, in ogni posto letto, non inferiore a 1 e non superiore a 2 per ciascuna giornata;
- 2) funzionamento della struttura per non meno di 250 giorni all'anno;
- 3) tasso di occupazione dei posti letto tendenzialmente prossimo al 100%.

Un aggiornamento del decreto in oggetto è avvenuto con la legge n. 662 del 23/12/1996 (finanziaria 1997), che all'art. 1, comma 4, così riporta: *“nell'ambito della ristrutturazione della rete ospedaliera di cui all'art. 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n.549, le Regioni, entro il 30 giugno 1997, provvedono ad incrementare i posti letto equivalenti di assistenza ospedaliera diurna, di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 249 del 22 ottobre 1992, fino ad una dotazione media regionale non inferiore al 10% dei posti letto della dotazione standard per acuti prevista dalla normativa vigente. Alle Regioni inadempienti si applicano le disposizioni di cui all'art. 1, comma 2- quinquies, del citato decreto legge n. 280 del 1996”*

Il decreto del 20/10/92, però, che ha ben definito e regolamentato le prestazioni prevalentemente mediche, mal si adatta a quelle chirurgiche.

La prima legge nella quale si riporta la possibilità di effettuare interventi chirurgici in regime diurno è la legge n. 421 del 23 ottobre 1992 che prevede, all'art. 1, lettera n, *“appropriate forme di incentivazione per il potenziamento dei servizi ospedalieri diurni”*, stabilendo che *“nell’ambito della sperimentazione gestionale deve trovare spazio (omissis) l’introduzione di metodologie orientate ad una umanizzazione dell’atto medico e ad un razionale utilizzo delle risorse, anche attraverso il ricorso a nuove modalità operative. Sono opportune, a tale proposito, sperimentazioni mirate su aspetti specifici, quali ad esempio, gli interventi di chirurgia ambulatoriale e di breve degenza, già largamente sperimentati in altri Paesi per una pluralità di patologie chirurgiche. Le sedi sperimentali risultano particolarmente idonee, peraltro, anche ai fini della formazione degli operatori coinvolti sia negli aspetti medico-clinici sia in quelli economico-gestionali”*.

Il Consiglio Superiore di Sanità, per far comprendere meglio i concetti di chirurgia ambulatoriale e di breve degenza e per fornire informazioni utili per la comprensione di tali modelli organizzativi, elaborò, a partire dal 1992, i seguenti documenti.

Il primo, del 1992, era intitolato: *“Regolamentazione delle attività chirurgiche, o assimilabili, da effettuare in qualsiasi ambulatorio, in ambulatori protetti oppure in regime di assistenza ospedaliera a ciclo diurno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale (chirurgia di giorno/day-surgery).*

Erano state distinte le attività di chirurgia ambulatoriale da quella di chirurgia di giorno (day-surgery) ed erano state definite, seppure in modo generale, le caratteristiche delle strutture nelle quali esse potevano essere effettuate. In special modo, era emerso il concetto che *“tali modelli assistenziali non debbono essere considerati di importanza minore rispetto al regime di assistenza chirurgica tradizionale ed i pazienti, opportunamente selezionati, possono essere avviati a tali trattamenti, preventivamente informati sul tipo di intervento e/o procedura ai quali sono sottoposti, sottoscrivendo il consenso informato”*.

Inoltre nel documento sono stati riportati altri punti fondamentali che riguardavano:

- l’emanazione di liste di interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive effettuabili in chirurgia ambulatoriale e in day-surgery, distinte per specialità, anche se con carattere indicativo ed esemplificativo;
- la descrizione di alcuni requisiti per l’esercizio di tali attività, anche da parte di strutture private autorizzate;
- l’istituzione di un registro apposito nel quale fossero riportati i nominativi degli operatori, la procedura eseguita e le eventuali tecniche sedative del dolore utilizzate;
- la stesura di una relazione destinata al medico curante e consegnata al paziente al momento della dimissione nella quale fossero riportati, tra gli altri, i consigli terapeutici proposti.

La relazione, però non fu approvata dal Consiglio per scadenza del triennio di nomina.

Il secondo documento, del 1995, dal titolo “*Interventi di chirurgia in ambito ambulatoriale*”, si riferiva al parere del Consiglio Superiore di Sanità 1994/95.

In questo documento, rispetto al primo, sono presenti alcune fondamentali differenze che possono essere così sintetizzate:

- il titolo della relazione è stato limitato alla sola chirurgia ambulatoriale, comprendendo con tale termine anche le attività di chirurgia di giorno/day-surgery, che erano state, invece, distinte nella precedente relazione;
- non è stata inclusa la possibilità del pernottamento;
- non è stata prevista la possibilità di effettuare tali attività, per le strutture autonome operanti lontano da ospedali o case di cura;
- le liste di interventi o procedure esemplificative non sono state riportate.

Nello stesso anno, il Consiglio Superiore di Sanità ha modificato ulteriormente tale documento, titolandolo: “*Regolamentazione delle attività chirurgiche, o assimilabili, da effettuare ambulatorialmente o in regime di*

assistenza a ciclo diurno, in anestesia locale, loco-regionale o generale (chirurgia di giorno)”.

Questo terzo documento non si differenzia sostanzialmente dal precedente, anche se contiene alcuni chiarimenti importanti su aspetti specifici del problema.

Rispetto alle caratteristiche delle strutture che possono svolgere tali attività, viene rilevato, infatti, che *“una struttura nella quale vengono eseguiti veri e propri atti operatori, alcuni anche in anestesia generale, deve essere necessariamente collegata con un ospedale o casa di cura, sia da un punto di vista funzionale che formale”.*

Per quanto riguarda il pernottamento, invece, si riporta che esso non è da ritenersi *“connaturale alle attività della chirurgia di giorno”.* Inoltre, nel documento sono state riportate raccomandazioni specifiche sulla scelta del personale cui affidare tale attività: *“sia il personale infermieristico sia quello medico dovrebbe possedere una sufficiente maturità ed anzianità professionale. Le attività del chirurgo e/o dell’anestesista più giovane, inoltre, dovrebbero essere sempre svolte sotto la costante e personale supervisione di colleghi di comprovata esperienza”.*

Infine, nel documento è stata riportata la lista degli interventi chirurgici, distinti per specialità, anche se la Sezione del Consiglio Superiore di Sanità ha raccomandato di restringerne il significato ad un puro senso indicativo, analogamente a quanto già indicato nel primo documento.

Il tema viene poi analizzato dalle Linee Guida n. 1/1995 circa *“L’applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extra-ospedalieri”*, ove si afferma che *“le tariffe relative alle prestazioni di ricovero diurno di carattere chirurgico (Day-Surgery) saranno definite sulla base di “pacchetti” predefiniti di trattamento che comprendono sia gli esami e le visite preoperatorie sia l’intervento chirurgico, sia gli interventi post-operatori, indipendentemente dal numero effettivo di accessi. Le relative tariffe saranno determinate nella misura indicativa media del 75% della corrispondente tariffa per ricovero ordinario, specifica per DRG. Tali tariffe costituiranno la*

remunerazione a fronte dell'insieme delle prestazioni erogate nell'ambito dei pacchetti, anche se queste fossero erogate in accessi separati.

Per l'insieme del "pacchetto" sarà compilata, come già dal Decreto ministeriale del 26 luglio del 1993, un'unica scheda di dimissione ospedaliera. Evidentemente, la relativa tariffa sarà riconosciuta solo nel caso in cui l'intervento chirurgico sia stato effettivamente erogato. Pertanto, in caso di rinuncia o rinvio dell'intervento per libera scelta del paziente, le singole indagini diagnostiche e le visite specialistiche effettuate, ove ritenute non più utili ai fini della valutazione pre-operatoria, saranno considerate prestazioni ambulatoriali e, conseguentemente, sarà dovuto il pagamento della relativa quota di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente".

Ancora nel 1995, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, su richiesta del Ministro della Sanità, ha avviato uno studio, in collaborazione con il "Gruppo multidisciplinare per la diffusione della chirurgia di giorno", e con le principali Società Scientifiche, per la formulazione, di una "Proposta di regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche diagnostiche e/o terapeutiche effettuate in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno"².

Il documento è stato articolato in cinque sezioni:

1. La definizione di chirurgia ambulatoriale e di chirurgia di giorno/day-surgery;
2. L'eventuale pernottamento e la sorveglianza postoperatoria;
3. I modelli organizzativi e le sedi di attuazione;
4. Le liste degli interventi praticabili sia in chirurgia ambulatoriale sia in day-surgery;
5. I rapporti con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Con termine "Chirurgia ambulatoriale" si è intesa "possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale".

² Il documento è stato pubblicato sul Volume I, IV trimestre, n. 4 con il titolo "Day-surgery: evoluzione dei concetti e delle iniziative in Italia e proposte per la regolamentazione" a cura di E. Guzzanti, I. Mastrobuono, F. Mastrilli, M.C. Mazzeo.

Nel mese di aprile del 1996, il documento dell'ASSR è stato inviato al coordinamento delle Regioni e distribuito a tutti gli Assessorati, allo scopo di promuovere un'iniziativa comune, del tipo Atto di intesa tra lo Stato e le Regioni, su questo tema. Nello stesso anno, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali ha prodotto un secondo documento, in collaborazione con le Società Scientifiche riunite questa volta nella Federazione Italiana di Day-surgery (FIDS), relativo ai requisiti minimi strutturali, tecnologici, ed organizzativi di entrambi i modelli organizzativi, chirurgia ambulatoriale e day-surgery. Il documento aveva lo scopo di fissare alcuni punti importanti, utili allo sviluppo dei processi di autorizzazione ed accreditamento di cui si discuteva in quel periodo, e di fornire una serie di indicazioni ai più diversi livelli per l'erogazione delle prestazioni secondo i modelli organizzativi.

Il tema della day-surgery è stato trattato, come detto prima, nel Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante *“Approvazioni dell'Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”*, nel quale la day-surgery viene definita come di seguito: *“Con il termine chirurgia di giorno (day-surgery) si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale”*. Il decreto riporta alcuni requisiti minimi strutturali, in particolare sottolineando il fatto che la sala operatoria deve possedere quelli indicati in altre parti del decreto stesso per il gruppo operatorio, ed alcuni requisiti impiantistici ed organizzativi.

Questi ultimi si limitano alle seguenti note: *“dotazione organica del personale medico ed infermieristico...rapportata al volume delle attività e delle patologie trattate; nell'arco delle ore di attività di day-surgery deve essere garantita la presenza di almeno un medico e un infermiere professionale anche non dedicati”*.

Più recentemente, il Piano sanitario nazionale 1998-2000 stabilisce tra gli obiettivi quello di avviare un “Programma nazionale per l'elaborazione, la

diffusione e la valutazione di linee guida e percorsi diagnostici terapeutici” con specifica priorità alla *“elaborazione di linee guida che definiscano le indicazioni cliniche relative alle prestazioni erogabili a livello ambulatoriale ed in regime di ricovero diurno, con particolare riferimento agli interventi chirurgici elettivi per liberazione del tunnel carpale, legatura ed asportazione di vene dagli arti inferiori, cataratta, ernia inguinale, colecistectomia. Alta priorità dovrà essere riservata alle linee guida la cui applicazione è in grado di assicurare una diminuzione dei costi complessivi a carico del SSN”*.

Lo stesso Piano prevede tra i Documenti e provvedimenti del triennio 1998-2000, nel capitolo relativo ai percorsi diagnostici e terapeutici, la stesura di un documento relativo alla *“chirurgia elettiva erogabile in regime di ricovero diurno”*.

In conclusione, la normativa nazionale di riferimento è rappresentata attualmente per la day-surgery solo dal DPR del gennaio 1997, nel quale è riportata la definizione ripresa dal documento dell’Agenzia per i servizi sanitari regionali del 1996, ma con le caratteristiche di non prevedere il pernottamento, e del Piano sanitario nazionale 1998-2000 che fa riferimento alle patologie ed interventi per i quali elaborare specifiche linee guida.

È importante sottolineare che proprio nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 viene per la prima volta accettata la distinzione tra chirurgia ambulatoriale ed in regime di ricovero, accogliendo, sostanzialmente la tesi delle Società Scientifiche presentata nel documento dell’Agenzia per i servizi regionali nel 1996.

Nel 1998 sono state finanziate dal Ministero della Sanità due sperimentazioni gestionali, ai sensi dell’art. 12 del decreto legislativo 502/92, che vedono coinvolte la regione Umbria e la regione Campania.

Il progetto della regione Umbria, dal titolo *“Implementazione dell’assistenza chirurgica a ciclo diurno (day-surgery) per qualificare la rete ospedaliera regionale: individuazione di strumenti per la programmazione ed il miglioramento continuo di qualità”*, coordinato dall’Azienda Ospedaliera “S..Maria” di Terni, si propone di:

- migliorare la performance operativa degli ospedali attraverso la riorganizzazione dell'assistenza chirurgica differenziata per livelli di intensità;
- realizzare uno strumento innovativo che consenta di correlare bisogni ed offerta e di monitorare il grado di raggiungimento degli obiettivi;
- sviluppare un sistema informativo di supporto adeguato a ottimizzare la gestione delle strutture, rilevare i costi e favorire la continuità assistenziale tra ospedale e medici di medicina generale;
- definire i criteri per una corretta valutazione economica in day-surgery, a partire dall'analisi dei costi per fornire indicazioni utili alla politica tariffaria;
- individuare gli elementi essenziali atti a migliorare la qualità percepita ed a sviluppare una cultura volta al miglioramento continuo;
- individuare i criteri per la valutazione di appropriatezza e per l'accreditamento.

Il progetto della regione Campania dei “Protocolli diagnostico-terapeutici in day-surgery: studio degli effetti sulla gestione in termini clinici, organizzativi, operativi ed economici.”, coordinato dall'Agenzia Sanitaria della Regione Campania, è un progetto che vede la partecipazione di Aziende Ospedaliere e Unità Sanitarie Locali, e si propone di verificare l'impatto qualitativo e gestionale della day-surgery, in contesti ambientali ed organizzativi diversi.

Il recente decreto legislativo N. 229 del 19 giugno del 1999 recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998 N. 419” riprende il tema in oggetto specificando quanto segue. All'articolo 8-ter, comma 2, si precisa che *“l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, individuati ai sensi del comma 4, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi”*. Il comma 4, a sua volta, nel precisare che l'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso di requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi, sottolinea che *“in sede di*

modificazione del medesimo atto di indirizzo e coordinamento si individuano gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie di cui al comma 2, nonché i relativi requisiti minimi”.

Ciò significa che, in sede di modifica dell’Atto di indirizzo e coordinamento del gennaio 1997, dovranno essere indicati i requisiti minimi delle strutture presso le quali viene svolta l’attività di chirurgia ambulatoriale.

Il 1° Agosto 2002 con l’Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, vengono sancite le “*Linee guida per l’organizzazione delle attività di Day Surgery*”.

Infatti, considerando che le attività di chirurgia di giorno (day surgery), largamente diffuse sul territorio nazionale, trovano limitata disciplina nella normativa vigente nell’ambito della più generale regolamentazione del ricovero diurno (day hospital) e tenuto conto dei vigenti riferimenti normativi in materia, contenuti nei seguenti provvedimenti:

- decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1992, “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per l’attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 249 del 22 ottobre 1992;
- linee guida del Ministro della sanità n. 1/1995, relative alle “tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera”, pubblicate nella Gazzetta Ufficiale n. 150 del 29 giugno 1995, che forniscono indicazioni anche in merito all’applicazione delle “tariffe relative alle prestazioni di ricovero diurno di carattere chirurgico (day surgery)”;
- decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 1997;

Si considera anche, che il Piano sanitario nazionale 1998-2000, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998, nel delineare le strategie per il cambiamento, indica la necessità di riequilibrio dei diversi settori di intervento, prevedendo, tra l’altro, il potenziamento dell’assistenza in regime di

ricovero diurno, in alternativa alla degenza ordinaria, e che il medesimo Piano prevede l'elaborazione di linee guida che definiscano le indicazioni cliniche relative alle prestazioni erogabili a livello ambulatoriale e in regime di ricovero diurno, con particolare riferimento ad interventi chirurgici elettivi in particolari settori nosologici.

Si considera l'opportunità di promuovere forme di assistenza sanitaria alternative al ricovero ordinario, di pari efficacia, quale quella offerta dal modello organizzativo dell'assistenza ospedaliera diurna, come previsto dal citato Piano sanitario nazionale 1998-2000 nonché dalle disposizioni contenute nei seguenti provvedimenti:

- art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che prevede un "uso efficiente delle risorse", in presenza di modalità alternative di erogazione dell'assistenza;
- art. 4, comma 10, del medesimo decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che richiama gli obiettivi e gli standard per la razionalizzazione della rete ospedaliera;
- art. 1 del decreto legge 27 maggio 1996, n. 280, coordinato con la legge di conversione 18 luglio 1996, n. 382, sugli standard di razionalizzazione della rete ospedaliera.

In particolare, viene ritenuto fondamentale attribuire la necessità di una maggiore specificazione della disciplina riguardante l'attività di day surgery, anche in considerazione dell'evoluzione delle pratiche assistenziali, nonché della chirurgia ambulatoriale.

Pertanto, gli aspetti relativi alla disciplina dell'attività chirurgica ambulatoriale richiedono, per la loro complessità, una specifica valutazione e approfondimento nell'ambito di un separato provvedimento, da emanarsi in tempi ristretti, tenendo conto della necessità di definire specifici requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio di tali attività, nonché dell'esigenza di aggiornare l'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale.

Inoltre, le presenti linee guida, ferma restando l'autonomia delle singole Regioni per ciò che attiene i modelli organizzativi più consoni alle realtà

territoriali, forniscono indicazioni per favorire lo svolgimento delle attività di day surgery secondo criteri di efficacia, efficienza ed appropriatezza degli interventi.

Sulle basi di queste considerazioni, Il Ministro della salute, i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano convengono:

- sulle “Linee guida per le attività di day surgery”;
- sull’istituzione di un apposito tavolo tecnico Ministero – Regioni con il compito di individuare i criteri per il monitoraggio dell’attività di day surgery.

Tali documenti verranno discussi nel capitolo sulle linee guida.

1.2 – Riferimenti Regionali

In **Piemonte**, la Day-surgery è stata introdotta per la prima volta nella delibera della Giunta Regionale n° 2-1930 del 1995, nella quale venivano fissate le tariffe relative al pacchetto predefinito di prestazioni ad una quota pari al 75% della tariffa ordinaria del DRG specifico, successivamente diminuita al 70% con la delibera 44-22844 del 1997. L’organizzazione delle attività è stata trattata nella legge regionale del 12 dicembre 1997, n° 61 relativa alle “*Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999*”, ed è stata ripresa nel mese di gennaio 2000, dall’Agenzia regionale per i servizi sanitari, che ha elaborato una “*Proposta di linee guida regionali su chirurgia ambulatoriale e day-surgery*”. Il documento, che si ispira nei contenuti a quello prodotto dall’ASSR nel 1996, recepisce le disposizioni contenute nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 e nel Decreto legislativo n. 229/99 in merito a questi modelli organizzativi. Recentemente, l’Assessorato alla sanità della Regione ha prodotto un documento relativo all’accreditamento delle strutture pubbliche e private dove sono svolte attività di day-surgery, in corso di approvazione da parte della Giunta regionale.

La regione **Valle D’Aosta** ha adottato il 22 novembre del 1999, con delibera n° 263 “Le linee guida e le modalità organizzative per l’avvio delle attività di day-surgery in ambito ospedaliero” premettendo che “*per l’individuazione delle prestazioni da effettuare in ambito di chirurgia*

ambulatoriale o chirurgica/day-surgery devono essere garantiti gli stessi risultati ottenuti con i modelli organizzativi tradizionali, cioè la stessa qualità efficacia clinica e la riduzione del rischio al minimo accettabile". Ha altresì specificato che gli interventi chirurgici di elezione, quindi solo programmati, debbano avere una durata contenuta entro 60-90 minuti e con decorso post-operatorio semplice, poco doloroso, senza sequele importanti, idonei ad una gestione familiare accettabile.

La delibera, quindi, elenca per specialità chirurgica le procedure secondo la classificazione ICD9CM. Il medesimo atto specifica anche i criteri di selezione dei pazienti secondo la classe ASA I e II e fattori socio ambientali, quali, ad esempio, la garanzia di adeguata ed idonea assistenza familiare per 24-48 ore e la residenza a meno di un ora di viaggio dall'ospedale. Le linee guida si soffermano sulle modalità di raccolta del consenso informato, della gestione della documentazione sanitaria, sulle modalità di gestione del post-operatorio. Particolare attenzione viene posta ai criteri clinici per "la dimissione sicura" in cui si elencano specifici criteri di valutazione complessiva del paziente che vanno dalla autonomia nello svolgere gli atti della vita quotidiana a prove cliniche. La remunerazione viene fissata all'80% del corrispettivo DRG del ricovero ordinario.

Nella Regione **Lombardia**, con delibera n° 34766 del 20/02/98, è stato approvato il documento relativo alle *"linee guida per l'attivazione ed il funzionamento dei posti letto di assistenza a ciclo diurno (day hospital – day surgery)"*, nel quale tali attività sono riferite a *"modelli organizzativi e operativi attuati nell'ambito di strutture autorizzate all'esercizio delle attività di ricovero e cura. Non è consentito l'esercizio di dette attività in strutture specialistiche ambulatoriali siano esse accreditate o semplicemente autorizzate"*. L'attivazione dei servizi di DH/DS può avvenire solo previo provvedimento autorizzativo regionale, con verifica dei requisiti minimi previsti dal DPR 14/01/1997. Nelle linee guida, inoltre, sono elencate le seguenti modalità operative delle unità di day-surgery:

- Accettazione e dimissioni dei pazienti;
- Documentazione clinica;
- Rapporti con il medico di medicina generale e/o pediatra di libera scelta;
- Rapporto del DH/DS con gli altri servizi dell'ospedale;

- Somministrazione di farmaci;
- Valutazione dell'attività.

Le tariffe per le prestazioni in day-surgery, stabilite con delibera di Giunta n. 62664/98, sono pari all'80% della tariffa ordinaria.

Attualmente è in corso di attuazione un progetto regionale che coinvolge le ASL di Bergamo, Pavia, Milano 3 ed alcune Aziende della ASL di Milano città, finanziato con il fondo sanitario nazionale 1998 per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, a norma dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/96. il progetto si prefigge di:

- Individuare prestazioni erogabili;
- Attuare la revisione organizzativa delle strutture;
- Migliorare l'appropriatezza, la qualità e l'efficienza;
- Sperimentare l'ospedalizzazione domiciliare;
- Sviluppare la strategia della comunicazione.

La regione **Liguria** ha adottato un documento per la regolamentazione delle attività dei day-surgery nel mese di gennaio del 2000, nel quale definisce ed individua i modelli organizzativi di tipo accentrato o diffuso, plurispecialistico o monospecialistico, lasciando autonomia di scelta alle aziende sanitarie. Le linee guida definiscono le modalità di raccolta del consenso informato, la tipologia del personale sanitario, le modalità di accettazione, dimissione e del rapporto con il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta. La Regione, oltre ad indicare i criteri di scelta del paziente sulla base di criteri clinici generici, ha individuato un elenco delle procedure chirurgiche da eseguire in regime di ricovero diurno o day-surgery, secondo la classificazione ICD9CM.

Il Piano sanitario della **Provincia Autonoma di Trento** per il triennio 1997-99, prevede l'istituzione di posti letto di day hospital e di day surgery in numero almeno pari a al 10% della dotazione complessiva di posti letto per acuti, con un tasso di occupazione media del 90% ed un indice di rotazione compreso tra un minimo di 1 ad un massimo di 2. La legge Provinciale n° 10/1993 e successive modifiche, nel capitolo relativo alla "*Ristrutturazione della degenza ospedaliera*" si poneva come obiettivo prioritario, da attuarsi entro il 1997, la conversione di

almeno il 7,3% dei posti letto per acuti in posti letto di day hospital e day surgery, mentre nell'ambito degli obiettivi perseguibili entro il 31/12/1999 è prevista un'ulteriore estensione dei posti letto di day hospital e di day surgery sino al 14% dei posti letto totali per acuti. A sostegno dei suddetti indirizzi programmatori, la Provinciale ha adottato delle tariffe incentivanti qualsiasi forma di attività assistenziale diurna, rimborsando le prestazioni al 120%, al 100% ed all'80% del relativo DRG, differenziato per tipologia di struttura ospedaliera.

La Provincia autonoma di Bolzano ha adottato il 30 dicembre 1998, con delibera n. 6309, "le linee guida per l'attivazione e la gestione dell'assistenza in regime di ricovero diurno medico e chirurgico (day hospital e day-surgery) nelle strutture di ricovero provinciali", definendo genericamente il contenuto delle prestazioni erogabili in questo regime di ricovero sulla base di un maggiore impegno e tempo di esecuzione delle prestazioni stesse. Vengono precisate anche: le modalità gestionali del paziente nell'arco delle 24 ore, la percentuale di posti letto ordinari da trasformare in diurni (10%), le modalità di ammissione e trattamento, la gestione della documentazione sanitaria, gli indicatori di attività. Viene specificato nel documento che "le norme concernenti il funzionamento, le attribuzioni e le responsabilità del personale nei reparti di ricovero ordinario si applicano per quanto compatibili anche all'assistenza ospedaliera diurna". Le tariffe applicate sono pari al 75% della tariffa in regime ordinario.

La regione **Friuli Venezia Giulia** ha emanato il 31 maggio 1996 un apposito documento, elaborato dell'Agenzia regionale, dal titolo "Linee guida per i ricoveri in assistenza a ciclo diurno (day hospital)". Nello stesso si chiariscono anzitutto le caratteristiche di erogazione delle prestazioni in forma di ricovero che "per loro natura e complessità di esecuzione avrebbero comunque richiesto ricovero (ordinario)". Si specifica che le attività di day-surgery sono assimilate alle attività di day hospital o di ricovero diurno. Il documento specifica le particolari condizioni per l'accesso del paziente, le modalità di gestione della documentazione sanitaria, la permanenza in ospedale, le prestazioni o situazioni cliniche da trattare. L'ubicazione delle strutture di ricovero diurno viene individuata esclusivamente nelle strutture accreditate all'attività di ricovero ospedaliera. Il numero di posti letto equivalenti per il ricovero diurno viene

rimodulato annualmente con gli obiettivi di piano. Sono specificati in dettaglio anche gli indicatori di attività e le modalità di cessione dei farmaci al paziente in trattamento. Con successivo atto, la Giunta regionale in data 2 febbraio 1999 ha individuato un elenco di 49 DRG che vengono tariffati al 70% del ricovero ordinario de la durata del ricovero è inferiore alle 48 ore, e comunque indipendente dagli accessi che avvengono in regime diurno.

L'attività di Day-surgery, soprattutto sul piano della modificazione dei processi produttivi, si è andata progressivamente sviluppando nella Regione Veneto fin dalla seconda metà degli anni ottanta. Tuttavia, solo dal 1996 essa è stata concretamente regolata a livello regionale con l'adozione dei seguenti provvedimenti specifici.

- 1) Delibera della Giunta n. 3609 del 5/8/1996 recante: Trattamento di alcuni ricoveri ospedalieri e relativo aggiornamento al sistema di remunerazione tariffaria delle prestazioni ospedaliere;
- 2) Delibera della Giunta n. 4544 del 16/12/1997 con oggetto: Revisione della lista di interventi chirurgici e delle procedure invasive effettuabili in regime di Day-surgery;
- 3) Delibera della Giunta n. 5272 del 29/12/1998 con oggetto: Indirizzi per la regolamentazione delle attività effettuabili in regime di ricovero diurno (Day Hospital; Day-surgery);
- 4) Delibera della Giunta n. 1887 del 1/6/1999 con oggetto: Indirizzi per la regolamentazione delle attività effettuabili in regime di ricovero diurno (Day Hospital e Day-surgery), Integrazioni all'elencodelle procedure mediche, invasive ed interventi chirurgici ammessi.

La Delibera n. 3609/96 è il risultato del lavoro svolto da un gruppo di esperti, individuati a livello regionale, che si è occupato in modo specifico di chirurgia ambulatoriale e chirurgia di giorno (day-surgery). In tale provvedimento, in sintesi, sono regolarmente ed affrontate le seguenti tematiche:

- la definizione e la distinzione tra “chirurgia ambulatoriale” e “chirurgia di giorno”;

- la struttura organizzativa, specificando le sedi di attuazione, il personale, la documentazione clinica e l'ammissione al trattamento;
- la selezione dei pazienti, in relazione alle condizioni generali, all'età ed al peso, a fattori logistici e familiari ed al consenso informato;
- gli interventi chirurgici eseguibili in regime di chirurgia di giorno;
- l'organizzazione delle attività con le procedure di selezione, ammissione, cura, dimissione dei pazienti e i controlli post-operatori;
- la compilazione della apposita scheda nosologica, attualmente in uso per il ricovero in regime di Day Hospital;
- la remunerazione tariffaria.

Con il termine “chirurgia ambulatoriale”, in tale documento, si intende “la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare piccoli interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive senza ricovero, in studi medici o ambulatori protetti, in anestesia locale e/o analgesia”, con il termine “Chirurgia di giorno”, “la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno in anestesia locale, loco-regionale o generale”. Nello stesso documento si prevedeva, altresì, la possibilità di “un eventuale pernottamento” qualora determinato da “necessità cliniche o di sicurezza”. In merito alla struttura organizzativa, erano previste le seguenti soluzioni:

a) relativamente alla chirurgia ambulatoriale:

- qualunque ambulatorio o studio medico che possiede i requisiti della normativa vigente (prestazione a bassa complessità).
- ambulatori “protetti” e cioè operanti nell'ambito di struttura di ricovero quali gli Ospedali Pubblici e le Case di Cura Private (prestazioni più complesse).

Tali prestazioni sono incluse nel nomenclatore-tariffario delle prestazioni ambulatoriali ed opportunamente evidenziate:

b) relativamente alla chirurgia di giorno:

- unità di chirurgia di giorno completamente indipendente (modello che prevede la dotazione autonoma di accettazione, degenza, sale operatorie e uffici amministrativi);
- posti letto in una degenza monospecialistica o multispecialistica esclusivamente dedicata ai casi di chirurgia di giorno (modello che prevede l'utilizzo di sale operatorie in comunione con altre unità operative chirurgiche della struttura sanitaria ma con area di degenza dedicata;
- posti letto all'interno della degenza ordinaria (modello che prevede l'individuazione di posti letto dedicati alla chirurgia di giorno nell'ambito di un reparto che svolge anche l'attività di ricovero ordinario). L'attività chirurgica si svolge nel rispetto delle normali liste operatorie sebbene sia indicata l'opportunità di identificare sedute operatorie dedicate.

Un capitolo del documento è dedicato alla selezione dei pazienti relativamente alle condizioni generali, logistiche e familiari. In merito all'individuazione delle liste di interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive ritenute eseguibili in regime di chirurgia di giorno, l'elenco presentato è definito non vincolante.

Tuttavia il non vincolo è limitato alla possibilità di trattare il paziente, per gli interventi e/o le procedure previste, con modalità più complesse, ossia in regime di chirurgia di giorno anziché in chirurgia ambulatoriale, in regime di ricovero ordinario anziché in chirurgia di giorno o ambulatoriale.

Non è invece prevista la possibilità di eseguire interventi o procedure non riportate nell'elenco in regime di chirurgia di giorno o ambulatoriale.

E' previsto, infine, che le liste degli interventi o procedure eseguibili in regime di chirurgia di giorno siano modificabili sulla base di revisioni biennali.

L'ultima parte del documento si riferisce alle modalità attuative e alla remunerazione delle prestazioni erogate. Relativamente al primo aspetto, viene stabilita la procedura che, avviata dal Direttore Generale dell'azienda sanitaria

interessata, porta all'autorizzazione regionale ed alla conseguente assegnazione del codice di unità operativa da riportare sulla Scheda Nosologica di dimissione.

Relativamente alla remunerazione, sono previsti i seguenti provvedimenti:

- le prestazioni, previste nelle liste regionali, erogate in regime di day-surgery sono valorizzate con l'applicazione di una tariffa pari all'80% di quella prevista per il medesimo trattamento in regime di ricovero ordinario;
- i ricoveri con intervento chirurgico e con degenza inferiore ai 2 giorni effettuati in regime ordinario, sono remunerati con una tariffa abbattuta al 35%.

La necessità di mantenere “aperte” le liste, tuttavia, si è rapidamente manifestata e il 16/12/1997, dopo solo un anno di applicazione delle linee guida, viene approvata la seconda Delibera (Deliberazione della Giunta n. 4544 del 16/12/1997) di regolamentazione della Day-surgery che prevede, appunto, un aggiornamento delle liste. Il sistema di remunerazione delle prestazioni di Day-surgery è ulteriormente irrigidito e, per certi versi, reso ancora meno conveniente, a seguito della Deliberazione della Giunta n. 3063 del 4/8/1998 avente per oggetto “Definizione del sistema di remunerazione tariffaria delle prestazioni di ricovero prodotte in eccedenza rispetto ai tetti regionali fissati per ciascuna azienda sanitaria. Il sistema di regressione agiva, in modo distinto sebbene con i medesimi parametri di riferimento, rispetto ai tetti di attività fissati per l'attività di ricovero ordinario e per quella di ricovero diurno (Day Hospital e Surgery).

L'attività di day-surgery (chirurgia di giorno) è oggetto di una nuova regolamentazione con Delibera della Giunta n. 5272 del 29/12/1998. Con tale provvedimento sono definite nuove linee guide, sostitutive di quelle emanate con DRG n. 3609/96, e liste di interventi chirurgie e/o procedure invasive e seminvasive effettuabili in regime di day-surgery. In realtà le nuove linee guida hanno contenuti solo parzialmente innovativi:

- a) nella nuova versione non appare più la distinzione tra chirurgia ambulatoriale e chirurgia di giorno. Evidentemente la prima è regolamentata esclusivamente mediante il nomenclatore delle attività

specialistiche ambulatoriali, mentre la seconda mantiene intatte le definizioni già proposte nel 1996;

- b) i modelli organizzativi di riferimento, già previsti nelle linee guida 1996, sono riproposti nelle loro definizioni e caratteristiche così come le indicazioni relative ai fabbisogni di personale restano sostanzialmente immutate;
- c) i criteri per la selezione dei pazienti, al fine della loro gestione in regime di day-surgery, restano immutati così come l'individuazione delle varie fasi caratterizzanti il percorso che essi dovranno compiere (fase preoperatoria, accesso chirurgico e fase post operatoria). Tuttavia sono proposte alcune modificazioni, rispetto al testo del 1996, orientate a garantire lo sviluppo di un processo produttivo meno frammentato per il paziente (orientamento alla organizzazione di tutte le attività diagnostiche preoperatorie in un unico accesso) e più flessibile per la struttura d'offerta (la possibilità, per il paziente, di comunicare telefonicamente con la struttura sanitaria non più "preferibilmente con il chirurgo che ha eseguito l'intervento" ma, più semplicemente, con un chirurgo appartenente all'èquipe dell'unità operativa che ha gestito il paziente stesso);
- d) per quanto riguarda l'individuazione degli interventi e delle procedure diagnostico/terapeutiche invasive e seminvasive eseguibili in regime di day-surgery, è proposta una nuova lista che, però, mantiene intatti i principi e le regole di modificazione e integrazione previste già nel 1996;
- e) sono, infatti, chiariti alcuni aspetti legati alla gestione amministrativa del paziente (scheda nosologica) nei casi in cui si verifichi la necessità di trasferimento in regime di ricovero ordinario.

In realtà, quindi, la Delibera n. 5272/98 si configura più come provvedimento volto ad integrare le liste degli interventi e delle procedure eseguibili in regime di day-surgery più che come documento finalizzato a proporre innovazioni sostanziali in ambito di day-surgery. Per tale motivo essa si caratterizza per mantenere i punti di debolezza già evidenziati con riferimento al DRG 3609/96.

Tuttavia è introdotto un aspetto di estremo rilievo, ai fini dello sviluppo della day-surgery. Viene infatti stabilito il principio che la remunerazione dei ricoveri effettuati in regime di day-hospital, politica estesa anche ai ricoveri effettuati in regime di day-surgery con la regolamentazione definita nel successivo DRG n. 1007 del 30 marzo 1999, è parificata alle medesime prestazioni effettuate in regime ordinario.

Sul tema della remunerazione, inoltre, è necessario considerare quanto previsto dalla Delibera della Giunta n. 4855 del 21/12/1998. Essa, infatti, supera le criticità del provvedimento precedente di ripartizione del FSR, definito appunto dalla DRG n. 3063/98, prevedendo i seguenti aspetti qualificanti:

- a) gli effetti della regressione tariffaria producono effetti reali sul livello di finanziamento delle aziende sanitarie, infatti è previsto che “il superamento del tetto programmato di ricoveri comporta la valorizzazione della produzione in esubero, sulla quale va applicato un addebito scalare progressivo, che sarà recuperato dalla quota capitaria assegnata sul FSR all’azienda stessa;
- b) la determinazione dei tetti di spesa, inevitabilmente legati ai tetti di attività, non può essere fissata mediante algoritmi matematici teorici ma, invece, definita secondo modalità negoziali. In particolare si prevede che “nel solo attuale processo transitorio di pianificazione del rientro, la predeterminazione del tetto di spesa ammesso per ciascuna azienda sanitaria, in supero ai livelli essenziali di assistenza assicurati dal riparto equitativo pro capite, non può essere conseguita se non mediante una procedura negoziale budgetaria tra la Regione e il singolo Direttore Generale, da accompagnare con l’individuazione di precisi risultati da conseguire e verificare alle scadenze convenute, in modo formalizzato”. L’ipotesi è quindi che i tetti siano fissati in ragione delle caratteristiche e delle potenzialità delle singole aziende.

L’insieme dei provvedimenti assunti con le DGR 5272/98 4855/98 rappresentano i fattori di maggiore spinta verso lo sviluppo della Day-surgery.

L’ultimo provvedimento assunto, con riferimento specifico alla Day-surgery, è rappresentato dalla Delibera della Giunta n. 1887 del 1/6/1999. Con essa, quale

risultato del gruppo di studio regionale sul tema, è ulteriormente aggiornata la lista degli aggiornamenti sistematici della lista e con frequenza più elevata di quanto previsto (ogni due anni) sia nella DGR n. 3609/96 che nella DGR n. 5272/98. In realtà, quindi, l'aggiornamento delle liste rappresenta un processo aperto e continuo gestito, attraverso un gruppo di esperti, della Regione.

La regione **Umbria** con Delibera n. 4269 dell'1/6/1995, per incentivare lo sviluppo della Day-surgery aveva individuato un elenco di 25 DRG chirurgici aventi tariffe pari a quelle di degenza ordinaria, diminuite di una quota di Lit. 500.000 che tiene conto dei minori costi di degenza. Successivamente, nella Delibera n. 682 del 15/11/1996, nel definire le Linee guida per il riordino della rete ospedaliera, pone come priorità alle Aziende Ospedaliere la riorganizzazione dell'attività chirurgica attraverso forme assistenziali a ciclo diurno, stimando che circa il 50% degli interventi possa essere effettuato secondo tale modalità organizzativa.

Con la Delibera della Giunta Regionale n. 2088 del 9/4/1997 avente per oggetto "*Attuazione DCR 296/96: riorganizzazione della rete ospedaliera: linee guida per l'organizzazione delle attività di day-surgery*", viene formalizzato il documento elaborato del gruppo di lavoro multidisciplinare e definiti i criteri per potenziare l'attività di day-surgery. In particolare:

- vengono definiti le finalità e gli obiettivi specifici della day-surgery;
- viene differenziata la definizione di chirurgia ambulatoriale da quella di day-surgery; prevedendo per quest'ultimo modello organizzativo la possibilità del pernottamento;
- vengono definiti i modelli organizzativi, considerando quello dell'Unità di degenza monospecialistica o multidisciplinare il più idoneo per raggiungere gli obiettivi di riorganizzazione da sviluppare sia nelle Aziende Ospedaliere che nei presidi delle ASL;
- vengono previste specifiche risorse aggiuntive per implementare i nuovi modelli organizzativi;
- vengono individuati i requisiti tecnici, organizzativi e strutturali;
- vengono regolamentate le fasi di ammissione, cura e dimissione;

- vengono definiti gli interventi e le procedure chirurgiche codificate mediante ICD9-CM, individuando tre elenchi differenziati:
- elenco delle procedure chirurgiche effettuabili in day-surgery (Allegato 2);
- elenco delle procedure effettuabili in ambulatorio (Allegato 3);
- elenco delle procedure diagnostico-terapeutiche classificate tra i DRG medici, aventi caratteristiche di invasività e paragonabili ad interventi chirurgici (Allegato 4);
- vengono definiti i criteri per la valutazione delle attività e per il controllo di qualità.

Nella stessa Delibera vengono fornite indicazioni vincolanti ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, introducendo l'attivazione dell'assistenza della daysurgery tra i parametri di valutazione per la verifica del loro operato.

All'interno dell'autonomia regionale per la sperimentazione di forme alternative al ricovero ordinario previste dal DPR 502/92, l'attività di day-surgery viene incentivata.

Con la Delibera n°. 3270 del 28/5/1997, la regione, nel ridefinire le tariffe delle prestazioni ospedaliere, ha previsto per una serie di DRG effettuabili in day-surgery una remunerazione omnicomprensiva pari al 100% della tariffa prevista per l'analogo DRG del ricovero ordinario.

Nel Piano Sanitario Regionale 1998-2000, la day-surgery viene considerata uno strumento importante per qualificare la funzione ospedaliera ed inserito tra le azioni prioritarie della programmazione sanitaria regionale.

La regione **Emilia Romagna** ha specificato nell'ambito del documento del sistema di finanziamento delle prestazioni ospedaliere, pubblicato nel Bollettino Ufficiale della regione nel mese di luglio 1998, alcune generiche modalità operative per la gestione dei ricoveri in regime diurno, sia medico che chirurgico. Il documento individua un elenco di 50 DRG da svolgere preferibilmente in regime diurno ai quali viene riconosciuto un valore pari all'80% del corrispettivo DRG del ricovero ordinario, che è differenziato in tre diverse categorie, basate sulla complessità organizzativa degli ospedali regionali. Successivamente, con

delibera n. 559/2000, adottata dalla Giunta l' 1 marzo 2000, la regione Emilia Romagna ha approvato le linee guida per l'attivazione dell'assistenza chirurgica a ciclo diurno, che sostanzialmente riprendono il documento prodotto nel 1996 dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali, compresa la lista di interventi da praticare sia in regime di chirurgia ambulatoriale che in regime di day-surgery.

Da sottolineare il fatto importante che la delibera contiene la distinzione tra chirurgia ambulatoriale e day-surgery, per la quale è previsto l'eventuale pernottamento (one day-surgery). Inoltre, in considerazione della presenza sul territorio di strutture tipo free standing, precedentemente autorizzate ad effettuare interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive, la delibera stabilisce le norme per la richiesta di nuove autorizzazioni per le attività di day-surgery, sulla base di giudizi espressi da Commissioni locali di esperti, purché in possesso dei requisiti previsti nella delibera per questa tipologia di strutture. Alle stesse viene riconosciuto un codice, indispensabile per l'esercizio dell'attività stessa in accreditamento provvisorio o in assistenza indiretta. Il recente Piano sanitario regionale 2000-2002 riprende capitolo relativo ai Programmi speciali, il tema della chirurgia di giorno, con particolare cura agli aspetti dell'efficacia clinica ed organizzativa ed alla selezione dei pazienti.

L'Assessorato alla sanità ha anche prodotto un documento chiarificatore relativamente al rilascio di autorizzazione per le strutture private dedicate alle attività di day-surgery ritenendo che tali strutture possano essere *"autorizzate all'attività di day-surgery purché in possesso...dei requisiti previsti dalla deliberazione che approva le linee guida per l'attività di cui trattasi"*.

La regione **Toscana** ha introdotto la day-surgery nel Piano sanitario regionale 1996/98 e nella delibera del 1 settembre 1997, n.980 relativa all'"Approvazione del progetto regionale denominato progetto accreditamento", nel quale sono riportati i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi specifici per le strutture che erogano prestazioni di day-surgery, con particolare riguardo alle professionalità che operano nel settore.. Nella delibera si riporta la definizione di day-surgery da adottare a livello aziendale, ripresa dall'Atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione del. 14 gennaio 1997.

La Regione **Marche** con delibera n. 2468 del 2.9.1996, nel ridefinire la determinazione delle tariffe per le prestazioni ospedaliere e relative modalità applicative, provvede alla remunerazione, pari al 70% delle tariffe vigenti per i ricoveri ordinari, per quelle prestazioni a carattere chirurgico in regime di ricovero diurno, solo nei casi in cui è previsto l'impianto di protesi. Tale provvedimento limitativo viene adottato, per l'anno 1996, per evitare il proliferare improprio di tali prestazioni, in particolare "non consentendo di trasformare in day-surgery, prestazioni ambulatoriali che non necessitano di apporti multidisciplinari e di interventi chirurgici che non giustificano il ricovero, sia pure diurno".

Nella Regione **Basilicata**, con delibera n° 930 del 4 giugno 1998, sono stati attivati i servizi di DH/DS presso i Presidi Ospedalieri di Matera e Tricarico, territorialmente competenti della AUSL n° 4 di Matera, per un numero complessivo di 36 posti letto. In particolare, in tale delibera, si prevede l'attivazione di servizi di day-surgery e one-day-surgery (con eventuale pernottamento), utilizzando anche il supporto logistico dell'area medica con l'obiettivo di assicurare una riduzione delle liste di attesa e una maggiore continuità dell'azione assistenziale. Nella delibera non sono menzionate le tariffe remunerative dei pacchetti di prestazione.

La regione **Puglia**, con delibera della Giunta del 3 giugno 1998 recante "Regolamentazione del day hospital e della day-surgery: linee guida" ha previsto, nell'ambito di strutture pubbliche e private accreditate, l'adozione dei seguenti modelli organizzativi, unità autonome, unità dedicate mono e pluridisciplinari, posti letto dedicati nella degenza ordinaria. Il sistema di tariffazione delle attività prevede, per i ricoveri diurni caratterizzati da un unico accesso, una tariffa forfettaria giornaliera specifica per classe di DRG e per i ricoveri con più accessi programmati, la remunerazione consiste nel prodotto tra il numero degli accessi giornalieri e la tariffa forfettaria giornaliera specifica per classe di DRG di appartenenza.

Nella **Regione Sardegna**, con delibera n° 26/21, relativa ai "Requisiti e procedure per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private", in attuazione del DPR14/1/97, sono stabiliti i requisiti di tipo organizzativo,

tecnologico e strutturale per le attività di Day-surgery. In particolare, si prevede la possibilità di attivazione di:

1) unità operative di tipo monospecialistico o multidisciplinare esclusivamente dedicata alla

chirurgia di giorno, con sale operatorie dedicate... o comuni";

2) "posti letto dedicati all'interno dell'unità di degenza ordinaria, con...l'utilizzazione di sale operatorie comuni".

Si prevede un tasso di utilizzazione delle suddette unità operative compreso tra il 90% e il 100% in media annua con un indice di rotazione pari a 2. Nella delibera non sono menzionate le tariffe remunerative dei pacchetti di prestazioni.

La regione **Sicilia**, con decreto assessorile n. 30836 del 10 dicembre 1999, ha approvato le "Linee guida per l'organizzazione della day-surgery", che riprende sostanzialmente quanto riportato nella Proposta di regolamentazione dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, ma che recepisce anche altri documenti regionali. Ad esempio, viene riconosciuta la differenza tra chirurgia ambulatoriale, distinta in piccola chirurgia ambulatoriale e grande chirurgia ambulatoriale, assimilabile alla day-surgery, e la day-surgery, distinta in "day-surgery ad indirizzo prevalentemente diagnostico", riferita all'effettuazione di accertamenti diagnostici di particolare complessità ; in "day-surgery vera e propria", riferita agli interventi chirurgici, ed in "one day-surgery", riferita all'esecuzione di procedure ed interventi gravati da maggiori complicanze (pernottamento). Successivamente, con decreto del 26 giugno 2000, recante "Disposizioni per l'organizzazione dell'attività di day-surgery nelle strutture private in regime libero professionale", la regione Sicilia ha affrontato il problema della day-surgery effettuata presso le strutture private autonome, e che per questo richiedono l'autorizzazione, da concedere "senza alcun rapporto di pre-accreditamento con il servizio sanitario regionale ". In base a tale decreto è demandata al Direttore generale della ASL competente per territorio l'autorizzazione di tali centri secondo linee guida specifiche, che riprendono un ulteriore documento prodotto dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali relativamente ai requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per la

day-surgery e per la chirurgia ambulatoriale.

A queste regioni debbono aggiungersi altre come il **Lazio**, che ha prodotto la Delibera di Giunta n. 713 del 7 marzo 2000, che prevede, per i DRG chirurgici in day hospital, la remunerazione di riferimento riconosciuta a ciascun episodio di ricovero pari al 125% della tariffa nazionale prevista per il ricovero in day hospital per quel DRG.

La Regione **Campania** con Deliberazione n. 6490 della Giunta Regionale –Seduta del 30 Novembre 2001 – pubblicata sul B.U.R.C. n° 1 del 7 Gennaio 2002, ha deliberato:

1. Di stabilire che tutti gli Istituti di cura pubblici: Aziende Ospedaliere, Aziende Universitarie dei Policlinici, Istituti di ricovero a carattere scientifico, Presidi Ospedalieri di A.S.L., gli Ospedali religiosi classificati e le Case di Cura private provvisoriamente accreditati dalla Regione Campania che erogano prestazioni di ricovero per l'esecuzione di interventi chirurgici, dovranno progressivamente trasferire una parte delle attività chirurgiche in regime di assistenza a ciclo diurno.
2. Di stabilire che, a tal fine, fermo restando il numero di posti letto per disciplina, gli istituti di cura potranno trasformare una quota di posti letto ordinari in posti letto equivalenti dedicati al day-surgery. Gli Istituti di cura pubblici e le Case di cura temporaneamente accreditate comunicheranno alle A.S.L. territorialmente competente i posti letto di day-surgery attivati per Unità Operativa che, a loro volta, ne daranno comunicazione ai Settori Programmazione Sanitaria e Assistenza Ospedaliera dell'Assessorato alla Sanità. Le nuove dotazioni di posti letto di day-surgery dovranno essere regolarmente segnalate nei modelli di rilevazione dei flussi informativi ministeriali.
3. Di stabilire, altresì, che il ricovero in regime di day-surgery rappresenta un unico episodio di ricovero costituito da più accessi per eseguire: esami e visite pre-operatorie, intervento chirurgico, controlli post-operatori, per il calcolo dei volumi massimi di attività, in relazione al numero di posti letto per ogni ricovero di day-surgery,

vengono fissati a 2 gli accessi che comportano occupazione del posto letto, indipendentemente dal numero di accessi registrati sulla S.D.O.. Il limite di utilizzazione dei posti letto per gli Istituti privati temporaneamente accreditati è fissato con riferimento al raggruppamento chirurgico su base annua.

4. Di individuare, prioritamente, i D.R.G. riportati nella tabella 1 come arruolabili in day-surgery nei casi in cui le procedure chirurgiche siano comprese nell'elenco di procedure eseguibili in day-surgery (si rimanda al cap. II- Linee guida nazionali).
5. Di stabilire, inoltre, per ciascun D.R.G. riportato nella medesima tabella 1, gli obiettivi di frequenza attesa di casi da trattare, rispettivamente in day-surgery (colonna 4 della tabella 1) ed in regime ordinario continuativo (colonna 5 della tabella 1) che ciascun erogatore dovrà raggiungere.
6. Di incentivare le attività di day-surgery modificando le tariffe di day-surgery per i D.R.G. indicati nella tabella 1, fissandone all'80% della corrispondente vigente tariffa del ricovero ordinario (allegato 1), nelle more di una generale revisione delle tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera attraverso una rilevazione più precisa dei costi di produzione.
7. Di corrispondere per i ricoveri ordinari con degenza superiore ad un giorno, eccedenti il numero atteso indicato nella colonna 5 della tabella 1, la corrispettiva tariffa del ricovero ordinario (allegato 1) abbattuta del 30% per le strutture pubbliche e per le case di cura provvisoriamente accreditate di fascia A, mentre per le case di cura provvisoriamente accreditate di fascia B e C la tariffa sarà abbattuta del 20%. Sono fatti salvo i casi per i quali la necessità del ricovero ordinario continuativo sia motivata per problemi clinico-assistenziali rilevabili dalla documentazione clinica.
8. Che le suddette prestazioni chirurgiche o comunque invasive vanno remunerate applicando le tariffe previste dal nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali vigente. Oltre alla tariffa

corrispondente alla prestazione eseguita, potrà essere remunerato, con lo stesso nomenclatore tariffario, l'eventuale esame istologico eseguito e repertato. Inoltre, potranno essere rimborsate, alle tariffe ambulatoriali, indagini pre-operatorie ritenute indispensabili dal clinico che assiste il paziente, qualora eseguite dall'Istituto di cura, appropriamente indicate, refertate in cartella clinica e registrate sulle S.D.O.. Per tali indagini, l'importo massimo rimborsabile è fissato in 77,45 Euro.

9. Di richiedere a ciascuna A.S.L. di predisporre e trasmettere all'Assessorato alla Sanità un progetto per l'attivazione, a livello distrettuale, di una specifica offerta di prestazioni di chirurgia ambulatoriale, anche attraverso specifici rapporti in collaborazione con gli Istituti di cura pubblici e privati temporaneamente accreditati, che copra un segmento consistente dalla domanda di tali prestazioni sulla base di una specifica ricognizione che individui:
 - La domanda assistenziale di prestazioni di chirurgia ambulatoriale esistente nella popolazione afferente al proprio bacino territoriale;
 - L'attuale livello di risposta soddisfatta a livello ambulatoriale;
 - Le risorse professionali e strumentali necessarie per sviluppare dette attività e garantire una larga soddisfazione della domanda locale.
10. Di considerare i risultati realizzati dalle Aziende Ospedaliere per il conseguimento degli obiettivi di attivazione del day-surgery e di appropriatezza della modalità assistenziale per l'erogazione di prestazioni di chirurgia ambulatoriale elementi di valutazione dei Direttori Generali.

DRG (col.1)	DESCRIZIONE (col. 2)	NOTE (col. 3)	% di casi in day- surgery attesi da ciascun erogatore sul tot. casi del DRG (col. 4)	% di casi in regime ordinario attesi da ciascun erogatore sul tot. casi del DRG (col. 5)	Interventi o Procedure ammesse in day- surgery (col. 6)
6	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE		70	30	04.43
39	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA		35	65	12.00, 12.01, 12.02, 12.11, 13.19, 13.02, 13.03, 13.41, 13.42, 13.43, 13.51, 13.59, 13.70, 13.71, 13.72, 13.8
40	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCEETTO L'ORBITA ETA' > DI 17		40	60	DA 08.31 A 08.36, 09.6, 09.81, 09.82, 09.83, 10.32, 10.33, 10.41, 10.42, 11.39, 12.84, 12.87, 15.29, 15.3, 15.4, 15.5
41	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCEETTO L'ORBITA ETA < DI 18		40	60	DA 08.31 A 08.36, 09.6, 09.81, 09.82, 09.83, 10.32, 10.33, 10.41, 10.42, 11.39, 12.84, 12.87, 15.29, 15.3, 15.4, 15.5
57	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCEETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTIONIA ETA' > 18	CON PERNOT- TAMENTO	70	30	28.2, 28.3, 28.6, 28.4, 28.92
58	INTERVENTI SU TONSILLE ED ADENOIDI ECCEETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTIONIA ETA' < 17	CON PERNOT- TAMENTO	70	30	28.2, 28.3, 28.6, 28.4, 28.93

59	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' > 17	CON PERNOT- TAMENTO	70	30	28.2, 28.3, 28.6
60	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' < 18	CON PERNOT- TAMENTO	70	30	28.2, 28.3, 28.6
119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE		50	50	38.50, 38.59, 38.69
158	INTERVENTI SU ANO ESTOMA, SENZA CC		50	50	45.33, 45.41, 46.40, 46.41, 46.42, 48.35, 48.41, 48.82, 48.91, 48.92, 48.93, 49.01, 40.02, 49.11, 49.12, 49.39, 49.46, 49.49, 49.51, 49.52, 49.59, 49.71, 49.72, 49.73, 49.91, 49.92, 49.93
160	INTERVENTO PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17, SENZA CC		20	80	53.41, 53.49, 53.51, 53.59, 53.69
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE ETA' > 17 SENZA CC		40	60	DA 53.00 A 53.05; DA 53.10 A 53.17; 53.21, 53.29, 53.31, 53.39
163	INTERVENTI PER ERNIA, ETA' < 18		40	60	DA 53.00 A 53.05; DA 53.10 A 53.17; 53.21, 53.29, 53.31, 53.39, 53.41, 53.49, 53.51, 53.59, 53.69
222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC		30	70	78.96, 80.46
224	INTERVENTI SU SPALLA, GOMITO, O AVANBRACCIO ECCETTO INTEV.MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI SENZACC		30	70	77.23, 77.33, 77.83, 78.03, 78.13, 78.33, 78.43, 78.53, 78.73, 78.93, 80.42, 82.93, 83.63

225	INTERVENTI SUL PIEDE		40	60	04.44, 77.04, 77.28, 77.38, DA 77.51 A 77.54; DA 77.56 A 77.59; 77.68, 77.78, 77.88, 77.98, 78.08, 78.18, 78.28, 78.38, 78.48, 78.58, 78.78, 78.98, 80.18, 80.48, 80.78, 80.88, 80.98, 81.94, 83.11, 84.11
227	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI , SENZ CC		30	70	543, 81.95, 83.01, 83.02, 83.03, 83.09, 83.13, 83.14, 83.21, 83.31, 83.32, 83.39, DA 83.41 A 83.44; 83.49, 83.50, 83.61, 83.62, 83.64, 83.65, DA 83.71 A 83.76; 83.81, 83.82, 83.83, 83.91
229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC		30	70	04.43, 77.04, 77.24, 77.34, 77.44, 77.64, 77.74, 77.84, 77.94, 78.04, 78.34, 78.14, 78.24, 78.34, 78.44, 78.54, 78.74, 78.94, 80.43, 80.44, 80.73, 80.74, 80.83, 80.84, DA 81.25 A 81.28; 82.02.82.03, 82.11, 82.12, 82.19, 82.21, 82.22, 82.29, DA 82.31 A 82.36; 82.39, DA 82.41 A 82.46; DA 82.51 A 82.59; 82.71, DA 82.81 A 82.86; 82.89, 82.91, 84.01, 84.02, 86.62, 86.85

231	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCETTO ENCA E FEMORE		40	60	76.97, 77.63, 77.66, 77.69, 77.73, DA 78.60 A 78.64; DA 78.66 A 78.69; 80.03, 80.04, 80.08, 80.82, 80.86
232	ARTOSCOPIA		40	60	DA 80.21 A 80.28
261	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIA ECCETTO BIOPSIA ED		40	60	261, DA 85.22 A 85.25; 85.41, 85.53, 85.54, 85.60, 85.86, 85.87, 85.93
262	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI		40	60	85.12, 85.20, 85.21
267	INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI		40	60	49.01, 49.02, 49.11, 49.39, 86.21
311	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC		40	60	560, 57.33, 57.49, 60.95
360	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA		30	70	57.18, 57.21, 67.39, 67.50, 67.61, 70.13, 73.14, 70.33, 70.71, 70.76, 71.09, 71.23, 71.24, 713
340	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI ETA' < 18		40	60	61.20, 61.92, 62.12, 62.2, 62.3, 62.5, 63.1, 63.2, 63.3, 63.4, 63.82, 63.92, 63.95
364	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI		50	50	67.2, 68.16, 68.21, 68.22

381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE E ISTEROTOMIA		70	30	69.01, 69.02, 69.51, 69.52
------------	--	--	----	----	-------------------------------

Tabella 1 - frequenza attesa di casi da trattare, rispettivamente in day-surgery ed in regime ordinario

Il 7 maggio 2004 la regione Campania con la delibera n° 684, integrando le deliberazioni n° 6490 del 30/11/2001 e n° 3873 del 30/12/2003 aventi ad oggetto: “Direttive concernenti le attività di assistenza ospedaliera in regime di day surgery”, definisce le Linee Guida su tali attività.

Infatti, tenendo conto dei seguenti provvedimenti:

- - delibera di Giunta Regionale n. 6490 del 30 novembre 2001 con cui sono state emanate le "Direttive concernenti le attività di assistenza ospedaliera in regime di Day Surgery";
- - l'Accordo del 1° agosto 2002 tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Linee guida per l'organizzazione delle attività di Day Surgery" che ne sancisce l'istituzionalizzazione;
- - delibera di Giunta Regionale n. 3873 del 30 dicembre 2003 avente ad oggetto "Integrazione deliberazione n. 6490 del 20.11.2001";

La regione Campania riporta un elenco indicativo degli interventi e delle procedure chirurgiche effettuabili in day surgery in alternativa al ricovero ordinario, fatta salva l'autonomia delle Regioni e delle Province Autonome in relazione alla puntuale definizione delle prestazioni erogabili nei vari tipi di assistenza ed in considerazione del grado di trasferimento dal ricovero ordinario già raggiunto.

Sulla base di quanto riportato si può affermare che non si è ancora giunti, a livello nazionale, ad una concordata definizione di chirurgia ambulatoriale e day-surgery (compreso o meno il pernottamento) sia per gli aspetti organizzativi che di finanziamento dei due modelli assistenziali. In particolare, non sono stati

definiti i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi relativi alla chirurgia ambulatoriale e non è stato sufficientemente chiarito il ruolo delle liste delle procedure e degli interventi chirurgici da effettuare secondo i due modelli assistenziali. Infine, altro punto fondamentale da chiarire riguarda la sede di attuazione delle procedure e degli interventi chirurgici, soprattutto di quelli in regime di day-surgery presso ospedali, Case di cura e free-standing centers.

Il legislatore nel prossimo futuro dovrà intervenire più incisivamente nel settore, fornendo alle Regioni gli indirizzi per una più corretta e mirata politica delle autorizzazioni e dell'accreditamento delle strutture che erogano attività chirurgiche in regime diurno. A livello mondiale il problema è molto avvertito e come riportato nel paragrafo dei riferimenti internazionali, la tendenza è verso lo spostamento di molte delle patologie che oggi vengono effettuate in regime di ricovero ordinario verso la day-surgery con e senza pernottamento e molte di queste verso la chirurgia ambulatoriale. Ne è un esempio, l'intervento di cataratta che ovunque nel mondo è effettuato senza ricovero, ma che, ancora oggi, rappresenta in Italia il più frequente intervento chirurgico effettuato in regime di ricovero ordinario.

La distinzione tra i diversi modelli assistenziali, chirurgia ambulatoriale, day-surgery, con o senza pernottamento, chirurgia in regime ordinario, e la loro conseguente organizzazione rappresenta una priorità per il nostro Paese nell'ambito delle innovazioni introdotte, tra l'altro, dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 e dal decreto legislativo 229/99.

Alla luce di quanto riportato appare importante una maggiore opera di coordinamento tra le Regioni, che potrebbero formulare un Atto di intesa Stato-Regioni che consenta di giungere ad una definizione comune di day-surgery e di chirurgia ambulatoriale e che tracci gli elementi essenziali per una riorganizzazione globale della rete ospedaliera chirurgica, che riconosca il ruolo dell'attività di day-surgery e di chirurgia ambulatoriale.

1.3 – Riferimenti Internazionali

Per definire le attività chirurgiche diurne, vengono utilizzati a livello internazionale, termini differenti, quali *ambulatory surgery*, *day-surgery*, *same day-surgery*, *one day-surgery*, *office-based ambulatory surgery*, *office-based surgery*, con notevoli difficoltà di tipo interpretativo, alle quali la International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), fondata nel 1995 ed alla quale aderiscono 29 Paesi, ha cercato di fornire una risposta, proponendo la seguente classificazione. Il termine *ambulatory surgery* deve considerarsi sinonimo di *day-surgery* e *same day-surgery* e non dovrebbe comprendere il pernottamento, che comunque è previsto nei casi di *extended recovery*. Inoltre, l'*ambulatory day-surgery* viene tenuta distinta dalla *office-based ambulatory surgery*, od *office-based surgery*, e cioè della possibilità di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche negli ambulatori, anche posti lontano da strutture di ricovero. Negli Stati Uniti, l'*office-based surgery* è tornata recentemente alla ribalta per motivi relativi alla sicurezza del paziente, che hanno spinto tre Stati dell'Unione, New Jersey, California e Florida a produrre specifiche linee guida, e per motivi economico-finanziari, in quanto da studi recenti il costo delle prestazioni erogate a livello ambulatoriale sembra inferiore a quello ospedaliero. Inoltre, secondo dati pubblicati nel 1998 sulla rivista *Ambulatory Surgery* (Organo ufficiale della International Association for Ambulatory Surgery – IAAS), dal 1984 al 1990, gli atti chirurgici e le procedure effettuate negli ambulatori dei singoli professionisti negli USA sono passati da 400.000 ad oltre 1.200.000 l'anno e per il 2002 il Marketing Group (SMG) di Chicago, che ha condotto uno studio specifico a riguardo, che l'aumento della percentuale di tali attività si porta ad un valore del 14% del totale degli interventi chirurgici in regime di ricovero praticati a livello nazionale (23 milioni).

L'atteggiamento dei Paesi industrializzati su questo argomento non è univoco, anche perché, mentre in alcuni di essi (Stati Uniti, Australia, Canada) tali attività non sono effettuate in regime di ricovero, bensì sono considerate nel settore "outpatient", in molti altri (Regno Unito, Italia, Francia, Spagna), tali attività sono ricomprese sia nel settore del ricovero ordinario per acuti, seppure

limitato ad alcune ore del giorno, sia nel settore ambulatoriale, con profonde differenze da un punto di vista dei rispettivi sistemi di finanziamento. La tendenza, comunque, è quella di una sempre maggiore diffusione delle attività chirurgiche condotte negli ambulatori, ed in genere nelle free standing, poste anche lontano da quelle di ricovero, e ciò riguarda alcune specialità in particolare, come la chirurgia plastica ed estetica, l'odontoiatria, l'oculistica, la chirurgia ginecologica (si pensi ad esempio alla fecondazione assistita).

Il problema della chirurgia a ciclo diurno, infatti, non è limitato esclusivamente alla definizione, bensì anche alla sede dove tali prestazioni vengono erogate. A titolo puramente esemplificativo, le sedi dove può essere effettuata la chirurgia in regime diurno sono le seguenti, negli USA, Australia e Canada:

- in ospedale,
- nelle unità autonome dedicate (free standing units),
- negli ambulatori posti sia all'interno che all'esterno di strutture di ricovero

Negli ospedali statunitensi l'ambulatory/day-surgery è praticata in reparti dedicati esclusivamente alla day-surgery, mentre le free-standing units sono edifici dedicati che possono essere localizzati nell'area di un ospedale (free standing on campus), ma che possono essere anche posti lontano da un ospedale (free standing off campus). Attualmente, le free standing units sono 2400 negli USA, il 10% delle quali attrezzato con aree per la extended recovery, e 2200 sono gli interventi e le procedure rimborsate dal sistema Medicare a tali strutture. Queste due tipologie di modelli strutturati (reparti dedicati in ospedale e free standing units) sono le uniche che le maggiori Compagnie di Assicurazione e il sistema Medicare, americano ed australiano, riconoscono, anche perché esse sono accreditate da Organismi di livello governativo (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Facilities).

In Francia le strutture presso le quali possono essere effettuate attività di ambulatory/day-surgery sono così classificate:

- centres satellites, da considerare quali reparti dedicati all'interno di ospedali e Case di cura,

che dispongono di propri locali e sale operatorie;

- centres intégrés, localizzati all'interno degli ospedali e Case di cura e che utilizzano le sale operatorie comuni secondo orari e turni prestabiliti;
- centres indépendants, anche posti lontano dagli ospedali, del tutto simili alle free-standing statunitensi.

In Spagna la Major Ambulatory surgery è prevalentemente effettuata in reparti dedicati all'interno di ospedali.

In Germania le attività di ambulatory/day-surgery all'interno degli ospedali sono effettuate, nella maggior parte dei casi, in unità di degenza dedicate, che usufruiscono di sale operatorie dedicate e di spazi autonomi; si tratta del modello più diffuso perché funzionale alla realtà della maggior parte degli ospedali di medie dimensioni. Il secondo modello più diffuso è rappresentato dalla *free standing units*, edifici dedicati, autonomi, pubblici o privati. Quelli pubblici sono spesso localizzati nell'ambito di un campus ospedaliero; si tratta, in questi casi, di grandi ospedali, spesso sede universitaria, con un numero di interventi chirurgici elevato (superiore a 10.000 interventi chirurgici l'anno), per i quali l'individuazione di una struttura di questo tipo è legata ad aspetti di migliore organizzazione del lavoro e di convenienza. La costruzione di free standing on campus nei grandi ospedali dei Paesi occidentali è in aumento, in quanto al migliorare dei servizi definiti di eccellenza (trapianti, trattamento delle patologie oncologiche, ecc.) aumenta la richiesta anche delle prestazioni più frequenti, che comunque devono essere garantite alla popolazione residente. Le free standing units, prevalentemente ma non esclusivamente private, possono essere però localizzate anche lontano dagli ospedali: si tratta di strutture molto diffuse negli USA, Australia e Germania, nella maggior parte dei casi autorizzate per almeno 700 interventi chirurgici l'anno, di proprietà di chirurghi ed anestesisti.

2. ANALISI SULLE LINEE GUIDA IN TEMA DI DAY-SURGERY

2.1 – Obiettivi, strumenti e destinatari

Il Piano nazionale per le linee guida (PNLG) rappresenta, contestualmente alla definizione dei livelli essenziali di assistenza e all'accreditamento istituzionale, uno dei tre strumenti fondamentali per dare attuazione alla promozione dell'efficacia e dell'appropriatezza nella pratica clinica e nelle scelte organizzative.

Il PNLG vuole mettere a disposizione dei professionisti, dei servizi e delle Aziende sanitarie strumenti operativi per garantire un uso appropriato degli interventi inclusi nei livelli essenziali di assistenza garantiti dal Sistema sanitario nazionale e concorrere alla formulazione dei criteri funzionali all'accreditamento delle strutture e dell'attività assistenziale. *Efficacia, appropriatezza e efficienza* sono le parole chiave di questa strategia.

I compiti del PNLG sono infatti:

- produrre informazioni utili a indirizzare le decisioni degli operatori, clinici e no, verso una maggiore efficacia e appropriatezza, oltre che verso una maggiore efficienza nell'uso delle risorse;
- renderle facilmente accessibili;
- seguirne l'adozione esaminando le condizioni ottimali per la loro introduzione nella pratica;
- valutarne l'impatto, organizzativo e di risultato.

Gli strumenti del Piano nazionale linee guida sono quattro: le linee guida cliniche, le linee guida clinico-organizzative, i documenti di indirizzo all'implementazione e i documenti di indirizzo alla valutazione dei servizi.

Il corretto uso di questi strumenti è fondamentale per indirizzare in modo appropriato l'attività dei servizi e per garantire la qualità dell'assistenza della pratica clinica.

Il Piano nazionale linee guida si rivolge a medici, amministratori e cittadini. Non è un insieme di direttive che ciascun singolo operatore è vincolato ad applicare al singolo paziente, ma è lo strumento per l'esplicitazione delle alternative possibili e delle relative diverse possibilità di successo clinico, da offrire alle preferenze espresse dai pazienti e agli operatori, da valutare in rapporto agli obiettivi e alle priorità locali.

Le linee guida vogliono proporsi come uno strumento facilitatore dell'espressione di consapevoli preferenze e aspettative individuali nel contesto del rapporto medico-paziente.

2.2 – Il quadro normativo di riferimento

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 e il decreto legislativo di razionalizzazione del SSN 229/99 stabiliscono le premesse e definiscono gli obiettivi del Programma nazionale per la qualità (PNQ), nel contesto del quale il Programma nazionale per le linee guida (PNLG) rappresenta uno degli strumenti principali. Il PNQ intende orientare i servizi verso un'attenzione sistematica e continuativa verso iniziative di promozione e mantenimento della qualità dell'assistenza. Il PNLG è la traduzione operativa dei principi e degli obiettivi del PNQ, contestuale alla definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e all'accreditamento istituzionale e professionale.

Con il Decreto del Ministero della salute si assiste alla costituzione del Sistema nazionale linee guida (decreto ministeriale del 30 giugno 2004). Il Ministero della salute ha disposto che, per attuare un maggior coordinamento delle istituzioni che a livello centrale concorrono a sviluppare un Sistema nazionale delle linee guida, sia costituito da:

- **Comitato strategico**, presso la Direzione generale della programmazione sanitaria, che resta in carica dal 2004 al 2006 con il compito di promuovere l'elaborazione delle linee guida, verificare le modalità di finanziamento e promuovere le attività di comunicazione;
- **Comitato organizzativo** del sistema nazionale delle linee guida, presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR), in carica dal 2004 al 2006. Supporta il Comitato strategico, opera una ricognizione delle attività in corso, elabora programmi di fattibilità che prevedono obiettivi e azioni da compiere e recepisce le linee guida dai Gruppi di lavoro nazionali
- **Gruppi di lavoro nazionali**, costituiti presso il Ministero della salute, l'ASSR e l'Istituto superiori di sanità (ISS), ma che possono essere attivati presso l'IRCCS, le Regioni, altri enti pubblici sulla base delle indicazioni del comitato organizzativo. Sono composti da esperti del settore, con particolare riferimento alle società scientifiche di settore. Dovranno elaborare linee guida e inviarle al Comitato organizzativo sulla base della letteratura scientifica e sulla loro esperienza, dopo avere vagliato le osservazioni dei medici, dei manager sanitari, degli esperti regionali e delle associazioni dei pazienti.

Fanno riferimento ai «percorsi diagnostici e terapeutici» anche le seguenti leggi finanziarie:

- **legge del 23.12.1998 (legge finanziaria 1999)**, art.72, comma 3 «Disposizioni per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria», richiama le precedenti leggi;
- **legge del 27.12 1997 n.449**, capo I Sanità, art. 32, comma 9 «le aziende unità sanitarie locali esercitano funzioni di indirizzo e di coordinamento dell'attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta supportando i sanitari nell'individuazione di linee di intervento appropriate al fine di ottenere il migliore

rapporto costo-beneficio tra le opzioni eventualmente disponibili e fornendo indicazioni per l'applicazione in ambito locale dei percorsi diagnostici e terapeutici di cui all'art. 1, comma 28, legge 23.12.1996, n.662...

- **legge 23.12.1996, n.662**, art.1, comma 28 «Allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie ... I percorsi diagnostici e terapeutici sono individuati sistematicamente dal ministro della sanità, avvalendosi dell'istituto superiore di sanità, sentite la federazione nazionale dell'Ordine dei medici e delle società scientifiche interessate, ...».

2.3 Le Linee guida per l'organizzazione delle attività di Day surgery

Come accennato nei capitoli precedenti, il 1° agosto 2002 il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano emanano il documento riguardante le “Linee guida per l'organizzazione delle attività di Day surgery”. Tale documento verte sulla costituzione di una serie di articoli inerenti ciò che concerne le attività di tale regime e su un elenco orientativo ed esemplificativo degli interventi e procedure chirurgiche effettuabili in day surgery in alternativa al ricovero ordinario.

Il primo documento risulta essere completo e dettagliato rappresentando in modo esaustivo tutte le prerogative che un'unità di Day surgery debba avere. Nel dettaglio:

Articolo 1 (Finalità):

La day surgery costituisce un regime assistenziale alternativo al ricovero ordinario che consente una diversificazione dell'offerta sanitaria per i cittadini e una maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle tipologie di assistenza, contribuendo, altresì, al miglioramento complessivo dell'efficienza delle strutture.

Le attività di day surgery sono organizzate e svolte con modalità che assicurano condizioni di sicurezza non minori rispetto a quelle proprie della chirurgia ordinaria e riducono il disagio connesso all'intervento. Lo sviluppo delle attività di day surgery si inserisce nell'ambito del

processo di razionalizzazione della rete ospedaliera e del miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni sanitarie;

Articolo 2 (Definizione di *day surgery*):

1. Con il termine *chirurgia di giorno (day-surgery)* si intende l'effettuazione, con opportune modalità cliniche, organizzative ed amministrative, di interventi chirurgici o anche di procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore di giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale.

2. La *day surgery* richiede opportuna formazione tecnico professionale del personale che vi opera e si caratterizza per la specificità di alcuni aspetti organizzativi delle attività cliniche, quali la concentrazione nel tempo e nello spazio delle risorse e delle attività, l'essere dedicata esclusivamente ad attività elettive, la chiara definizione delle procedure e dei percorsi, la particolare attenzione nel garantire la continuità assistenziale.

Articolo 3 (Modelli organizzativi):

1. Le Regioni e le Province autonome definiscono le modalità organizzative per le attività di *day surgery* sulla base di tre modelli:

a. presidio autonomo di day surgery (centro chirurgico di *day surgery*), costituito da una struttura, pubblica o privata, dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno per acuti di cui all'articolo 2, comma 1. Tale presidio deve essere funzionalmente collegato ad una struttura ospedaliera che effettua ricoveri ordinari per acuti situata ad una distanza compatibile con l'efficace gestione di eventuali complicanze. Devono essere, altresì, definite le procedure per la gestione delle emergenze nell'ambito della rete dell'emergenza – urgenza.

L'attivazione di presidi autonomi di *day surgery* può essere utilizzata, in via prioritaria, per consentire la riconversione delle strutture della rete ospedaliera regionale. In tali presidi vanno previste modalità per assicurare l'effettuazione di indagini di base nell'ambito della biochimica clinica e dell'ematologia ed emocoagulazione, nonché le indagini di diagnostica per immagini e di tutti gli altri servizi che si rendano necessari in relazione alla tipologia delle prestazioni eseguite.

b. unità di day surgery, monospecialistica o plurispecialistica, posta all'interno di una struttura di ricovero a ciclo continuo pubblica o privata, dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno per acuti, di cui all'articolo 2, comma 1.

L'unità di day surgery può essere costituita da una delle seguenti modalità organizzative:

- dotazione di spazi di degenza dedicati alla day surgery ed utilizzo programmato di sale operatorie in comune con altre unità operative;
- dotazione di spazi di degenza e di sale operatorie dedicati alla day surgery, in relazione ad un elevato volume e alla complessità della casistica trattata;

c. posti letti dedicati nell'ambito delle unità di degenza ordinaria presenti nelle strutture di ricovero per acuti pubbliche o private, per lo svolgimento delle attività.

Per coprire particolari necessità assistenziali dei ricoveri che richiedono un pernottamento e, comunque, per gli interventi e le procedure contrassegnati con l'asterisco nell'elenco incluso nelle linee guida, le Regioni possono avvalersi, secondo proprie esigenze e modalità organizzative, o del ricovero ordinario di un giorno o della day surgery seguita da pernottamento. Le Regioni disciplinano la day surgery seguita da pernottamento sulla base dei modelli menzionati sopra e nel rispetto dei criteri di sicurezza.

Articolo 4 (Autorizzazione e accreditamento):

Fermo restando quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997 e successive modificazioni ed integrazioni in materia di requisiti minimi generali e specifici previsti per la day surgery, le Regioni e le Province autonome definiscono, ai sensi dell'art. 8-ter e 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, relativi all'autorizzazione e all'accREDITAMENTO, le modalità e i requisiti per la realizzazione di strutture e l'esercizio delle attività di day surgery.

In relazione al comma 1, ai fini della mobilità interregionale si individuano, per l'erogazione delle prestazioni in day surgery da parte dei presidi di cui all'articolo 3, comma 1, lettera a), criteri condivisi da parte delle Regioni.

Articolo 5 (Selezione dei pazienti):

Il ricorso alla *day surgery* è valutato per ogni singolo paziente, in piena autonomia e responsabilità da parte del medico, sulla base di criteri clinici, organizzativi della struttura, e in relazione agli aspetti socio-familiari. Per l'effettuazione delle prestazioni è richiesto il consenso informato e documentato del paziente.

Articolo 6 (Selezione degli interventi e delle procedure):

Fermo restando quanto previsto dall'art. 5, le presenti linee guida, anche ai fini di favorire l'attivazione della *day surgery*, riportano un elenco indicativo degli interventi e procedure chirurgiche che possono essere eseguiti in *day surgery*.

Articolo 7 (Garanzie del percorso assistenziale):

1. Le attività di *day surgery* richiedono la definizione e l'adozione di specifiche procedure cliniche ed organizzative per le fasi di ammissione, cura e dimissione del paziente. Al paziente sono fornite informazioni ed istruzioni relative sia alla fase preoperatoria che a quella postoperatoria.
2. Per la fase di ammissione al regime di *day surgery*, sono stabiliti in modo esplicito i criteri di selezione e di esclusione dei pazienti, sia di natura clinica che socio-familiari.
3. Va garantita l'adozione di protocolli assistenziali per la fase di cura e per il monitoraggio perioperatorio.
4. La registrazione dell'attività viene effettuata con le stesse modalità seguite per i ricoveri ordinari, in particolare attraverso la cartella clinica, il registro nosologico, il registro di sala operatoria nonché attraverso la compilazione della scheda di dimissione.
5. All'atto della dimissione è consegnata al paziente una relazione destinata al medico curante, in cui vengono riportati i dati salienti del ricovero, la terapia, le indicazioni per la gestione delle eventuali complicanze. Devono essere, altresì, garantiti al paziente: l'informazione circa i comportamenti da seguire, i riferimenti per ottenere l'assistenza richiesta per i casi di necessità ed urgenza e le modalità dei controlli successivi.

6. Al fine di garantire la continuità assistenziale la struttura assicura: la raccolta completa della documentazione clinica, che va resa tempestivamente disponibile, la pronta reperibilità del

7. medico e lo stretto contatto con il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta del paziente.

Articolo 8 (Controlli dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni):

Le Regioni e le Province Autonome individuano le modalità di controllo delle attività e delle prestazioni di cui ai precedenti articoli, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza svolta in *day surgery*.

Articolo 9 (Monitoraggio dello sviluppo delle attività di *day surgery*):

Le Regioni e le Province autonome promuovono il monitoraggio delle attività di *day surgery* anche sulla base dei criteri individuati dal Tavolo tecnico Ministero - Regioni.

Le linee guida, inoltre, chiariscono che in ambito chirurgico il modello offerto dalla day-surgery, reso possibile dall'evoluzione delle tecniche chirurgiche ed anestesilogiche, può rappresentare una soluzione per un uso più appropriato e razionale delle risorse tale da:

- rispondere adeguatamente alle esigenze degli utenti in termini di semplificazione delle procedure di accesso, rapidi tempi di risposta e riduzione delle liste d'attesa;
- attuare un modello di assistenza chirurgica che risulti di pari efficacia rispetto a quello tradizionale, garantendo la continuità assistenziale;
- incrementare l'appropriatezza dei ricoveri e razionalizzare il consumo di risorse;
- aumentare l'efficienza operativa e gestionale diversificando il flusso dei pazienti;
- liberare risorse per l'assistenza a pazienti con patologia maggiormente impegnative;
- ridurre gli effetti avversi dei ricoveri prolungati (infezioni ospedaliere);
- aumentare la soddisfazione degli utenti.

2.4 – I requisiti minimi tecnologici, strutturali ed organizzativi

Per quanto riguarda i requisiti tecnologici, strutturali ed organizzativi per la day surgery si tiene presente quanto disposto dal DPR 14/1/1997.

Requisiti minimi strutturali

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate.

La dotazione minima di ambienti per la day-surgery è la seguente:

- spazio attesa;
- spazio registrazione archivio;
- filtro sala operatoria;
- sala operatoria: deve possedere gli stessi requisiti specifici indicati per il gruppo operatorio;
- zona preparazione personale addetto;
- zona preparazione paziente;
- zona risveglio;
- deposito materiali sterili e strumentario chirurgico;
- locale visita;
- camera degenza (requisiti specifici dell'area di degenza);
- cucinetta;
- servizi igienici pazienti;
- servizi igienici personale;
- deposito pulito;
- deposito sporco.

Le superfici devono risultare resistenti al lavaggio e alla disinfestazione, lisce con raccordo arrotondato al pavimento. Quest'ultimo deve essere non inquinante, del tipo monolitico, resistente agli agenti chimici e fisici, antisdrucchiolo.

Ad eccezione degli ambienti dedicati alla degenza in regime di ricovero diurno, qualora la funzione di day-surgery si svolga all'interno di un'area di degenza, i servizi di supporto sopraindicati possono essere comuni.

Requisiti minimi impiantistici

Le caratteristiche idrometriche per la sala operatoria coincidono con quelle del gruppo operatorio.

Dotazione minima di arredi per camera di degenza:

- impianto chiamato sanitari con segnalazione acustica e luminosa;
- utilities per attività alberghiera;

Dotazione minima di arredi per locale visita-trattamento:

- attrezzature idonee in base alle specifiche attività;
- lettino tecnico;

E' inoltre prevista la seguente dotazione minima impiantistica:

- impianto gas medicali;
- impianto chiamato sanitari;
- aspirazione gas medicali direttamente collegata alle apparecchiature di anestesia;
- stazioni di riduzione delle pressioni per il reparto operatorio. Devono essere doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;
- impianto allarme di segnalazione di esaurimento dei gas medicali.

Requisiti minimi organizzativi

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

- la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata al volume delle attività e delle patologie trattate nell'arco delle ore di attività di day-surgery deve essere garantita la presenza di almeno un medico ed un infermiere professionale anche non dedicati.

2.5 – Il personale

La realizzazione di un sicuro ed efficace programma di Day-surgery dipende dalla collaborazione di tutto il personale che deve essere a conoscenza delle finalità e dell'organizzazione della struttura nella quale il programma è

avviato; a tal fine risulta necessario sviluppare specifici percorsi di formazione che coinvolgano il personale medico ed infermieristico impegnato nelle attività di day-surgery. Particolare importanza riveste il coinvolgimento dei dirigenti medici dei reparti di chirurgia, anestesia, e rianimazione e dei servizi di diagnosi con l'individuazione di compiti e responsabilità specifiche.

Solo una buona preparazione ed una forte collaborazione tra il personale rende possibile il raggiungimento di obiettivi di efficienza, efficacia e contenimento dei costi.

Il numero e la qualifica del personale impegnato nelle attività di day-surgery deve essere adeguato alla tipologia ed al numero di interventi eseguiti.

Come dotazione minima, un medico specializzato nella branca richiesta per l'espletamento dell'attività ed un infermiere devono sempre essere presenti durante il periodo di attività dell'Unità di day-surgery. Durante l'attività operatoria al blocco operatorio deve essere garantita la presenza di personale per numero e per qualifica sufficiente a garantire lo svolgimento regolare dell'attività. I chirurghi delle singole specialità ammesse nel programma di day-surgery devono possedere dimostrata esperienza nella branca di competenza. Il responsabile medico del programma deve essere individuato tra medici specialisti in discipline chirurgiche o in anestesia e rianimazione e deve assicurare compiti di coordinamento delle attività operatorie e di degenza e delle procedure di ammissione e dimissione del paziente. La responsabilità di coordinamento è riferita alla organizzazione, gestione e programmazione delle attività, mentre la responsabilità clinico-terapeutica del singolo paziente ricade sui singoli medici dell'unità operativa che partecipa al programma di day-surgery. I percorsi clinico-assistenziali devono essere condivisi da tutti gli operatori della struttura.

2.6 – La selezione dei pazienti

Per ridurre al minimo i rischi di complicazioni e garantire la sicurezza, l'efficacia ed il gradimento delle prestazioni assistenziali in day-surgery è fondamentale l'accurata selezione dei pazienti, buoni livello organizzativo e tecnologici e l'esperienza degli operatori. La valutazione di arruolabilità dei pazienti va effettuata dal chirurgo e dall'anestesista, in base a criteri clinici e socio-familiari; ad essi spetta anche la valutazione di attivare un ricovero in day-surgery con o senza pernottamento e la valutazione dell'atteggiamento dei pazienti nei confronti dell'intervento in day-surgery.

2.7 – I criteri clinici

Per la selezione dei pazienti, in tutti i paesi del mondo viene utilizzato il criterio di classificazione ASA, proposto dalla American Society of Anesthesiology. Secondo tale classificazione, vengono considerati possibili candidati, i pazienti appartenenti alle prime tre classi ASA e cioè: i pazienti in buone condizioni generali (classe ASA I), quelli con malattie sistemiche minori che non interferiscono con le normali attività (classe ASA II), quelli con patologie associate di grado severo (ipertensione, diabete, cardiopatie, pneumopatie) in fase di compenso e ben controllate dalla terapia (classe ASA III). I pazienti ASA III trovano indicazione, previo accordo tra anestesista e chirurgo, quando la patologia di base è stabilizzata sotto trattamento idoneo e l'intervento non interferisce con la patologia di base; per i pazienti di classe ASA III il ricorso al pernottamento è spesso indicato. Alle Unità di day surgery che non sono in grado di garantire il pernottamento, in sede, nel giorno dell'intervento, possono essere consentiti interventi e procedure unicamente su pazienti in buone condizioni generali classificabili come ASA I e gli interventi consentiti sono esclusivamente quelli che non prevedono l'esposizione a cielo aperto di organi interni, l'asportazione o la resezione di organi, la riparazione di strutture vascolari o nervose, la posa di

impianti protesici a livello addominale (fatta eccezione per la riparazione di ernia inguinale o crurale), toracico, cranico o delle estremità.

L'età, di per sé, non rappresenta una controindicazione per l'intervento in regime di day-surgery quando sussistono buone condizioni generali di salute, unica controindicazione assoluta è rappresentata da bambini a rischio di apnea postoperatoria.

La valutazione anestesiológica preoperatoria riveste un ruolo fondamentale ed è preferibile che venga effettuata ad una congrua distanza di tempo dalla data dell'intervento, per consentire l'esecuzione degli accertamenti necessari, l'eventuale preparazione preoperatoria e soprattutto per facilitare la programmazione dell'attività chirurgica.

In casi selezionati può essere effettuata anche il giorno stesso dell'intervento.

Gli esami e le indagini preoperatorie vanno scelti in rapporto al tipo di intervento o procedura da eseguire ed alle condizioni cliniche dei pazienti.

La durata degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche non dovrebbe essere superiore ad un'ora.

2.8 – I criteri logistici e sociali

Il paziente deve essere in grado di ben comprendere ed accettare l'iter proposto, di osservare le prescrizioni terapeutiche e comportamentali, di assicurare condizioni igieniche domiciliari compatibili con le prescrizioni postoperatorie. E' fondamentale valutare la possibilità, per i pazienti, di essere assistiti da un familiare o altra persona di fiducia, opportunamente istruita, che dovrà farsi carico di accompagnare il paziente presso la propria abitazione e garantire tutta l'assistenza necessaria, soprattutto nelle prime 24 ore dall'intervento. Altro requisito fondamentale per la selezione dei pazienti è rappresentato dalla possibilità di poter comunicare telefonicamente con l'ospedale durante le prime 24 ore, di avere la disponibilità di un telefono, di risiedere in un

luogo che non disti più di un'ora dalla struttura dove è stato eseguito l'intervento o da altra struttura di ricovero indicata come riferimento.

2.9 – L'informazione ed il consenso informato

Nella day-surgery il consenso del malato si arricchisce di un particolare significato, poiché la dimissione di norma avviene il giorno stesso in cui è stato eseguito l'atto chirurgico.

Il consenso assume il significato di accettazione da parte del paziente dell'iter proposto e di assunzione di responsabilità per quanto compete l'osservanza delle indicazioni comportamentali fornite.

L'informazione deve riguardare:

- le condizioni cliniche;
- la tecnica di anestesia prescelta, i rischi e le complicanze ad essa connesse, la possibilità che la tecnica venga modificata in corso di intervento qualora l'anestesista lo ritenesse opportuno;
- la tecnica chirurgica proposta, le eventuali complicanze, i rischi correlati alla mancata effettuazione dell'intervento e le modalità di preparazione.

Si raccomanda che tali prescrizioni siano fornite per iscritto. Il consenso informato documentato dovrebbe comprendere:

- un opuscolo informativo preliminare nel quale siano riportate informazioni relative alle indagini pre-operatorie, alla preparazione per l'intervento, alla dieta, alle modalità di accesso alla struttura, alla presenza di un accompagnatore, alle indicazioni postoperatorie alle quali il paziente è invitato ad attenersi, con particolare riguardo ai comportamenti da adottare in caso di complicanza, alle modalità di sedazione del dolore post-operatorio, alle limitazioni e ai tempi per la ripresa della normale attività fisica e lavorativa.
- autorizzazione scritta all'intervento.

Devono essere chiaramente differenziati i disagi prevedibili per quel determinato intervento dalle complicanze impreviste che potrebbero rappresentare un pericolo per il paziente.

2.10 – La regolamentazione delle fasi di ammissione, cura, pernottamento e dimissione

I ricoveri in day-surgery sono esclusivamente ricoveri programmati. L'assistenza in regime di daysurgery, come già definita nelle Linee guida 1/95, si caratterizza per un “pacchetto” predefinito di trattamento che comprende sia gli esami e le visite preoperatorie, sia l'intervento chirurgico sia i controlli postoperatori; si configura come unico episodio di ricovero costituito da più accessi

Un aspetto fondamentale del percorso in day-surgery è l'unitarietà temporo-spaziale, con l'obiettivo di effettuare tutte le prestazioni necessarie in un numero limitato di accessi possibilmente in un'unica sede.

Il percorso del paziente eleggibile per il trattamento in day-surgery, successivamente alla prima visita specialistica, prevede di norma tre accessi.

La struttura dovrà provvedere alla definizione formalizzata di specifici protocolli per le fasi di ammissione, cura, dimissione, controlli post-operatori, le modalità operative per garantire la continuità assistenziale e il monitoraggio dell'adesione dei comportamenti organizzativi e assistenziali ai protocolli adottati.

Primo accesso (esami pre-operatori)

- accoglienza, raccolta dati anagrafici;
- apertura S.D.O;
- individuazione tutore/accompagnatore;
- valutazione anestesiológica e chirurgica;
- acquisizione del consenso informato;
- indagini preoperatorie;
- apertura cartella clinica.

Secondo accesso (intervento chirurgico)

- verifica delle condizioni cliniche;
- intervento chirurgico;
- assistenza perioperatoria;
- dimissione;
- pianificazione del follow up.

Terzo accesso (controlli post operatorio)

- follow up, che comprende uno o più controlli e le medicazioni, rintracciabili nella cartella clinica (parte integrante del processo assistenziale);
- dimissione e chiusura SDO: La chiusura della SDO corrisponde alla data dell'ultimo accesso previsto dal ciclo assistenziale.

2.11 – L'ammissione

Ogni struttura pubblica o privata dovrà provvedere alla formulazione di specifici protocolli per le fasi di ammissione del paziente, definiti in base alla valutazione clinica, all'età, alle condizioni logistiche e familiari e secondo quanto riportato nelle presenti linee guida.

La prestazione in day surgery è una particolare modalità assistenziale ed organizzativa di erogazione della prestazione chirurgica e come tale non può essere richiesta direttamente dal medico curante (MMG o PDLS) che, invece, possono inviare alla segreteria/accettazione dell'Unità di day surgery la proposta di ricovero che attiverà la fase di selezione del paziente. L'accesso alla modalità assistenziale in day surgery è regolamentato da una lista di attesa separata da quella relativa al ricovero ordinario e redatta in apposito registro.

La fase di selezione del paziente deve prevedere:

- una visita chirurgica di selezione, che fornisce le prime indicazioni circa le condizioni generali del paziente e consente di raccogliere tutte le informazioni di ordine familiare e logistico indispensabili per poter decidere l'idoneità del paziente al trattamento;
- l'esecuzione delle indagini preoperatorie e la successiva visita anestesiologicala di valutazione del rischio operatorio e della definitiva idoneità del paziente al trattamento in regime di day surgery; la visita anestesiologicala va effettuata dopo la valutazione positiva di idoneità formulata dal chirurgo.

Data l'equivalenza del ricovero in day surgery con quello ordinario, l'accesso dei pazienti ai servizi diagnostici e terapeutici ed alle consulenze necessarie dovrà seguire le medesime modalità per favorire, ove possibile, l'effettuazione dei diversi interventi specialistici in un unico accesso.

Tutti gli elementi acquisiti durante la fase di selezione (accertamenti, consulenze) devono essere raccolti o trascritti all'interno della cartella clinica..

I pazienti selezionati devono essere informati dal personale medico ed infermieristico per ciò che concerne le modalità di ammissione, cura e dimissione con le modalità già descritte

Se il paziente non è eleggibile per la day surgery, vengono documentati in cartella i motivi di tale decisione e si provvede a programmare il ricovero in regime ordinario; le prestazioni effettuate vengono considerate alla stregua di una preospedalizzazione.

Se il paziente, idoneo per la day surgery, rifiuta successivamente il trattamento dovrà, per le indagini eseguite partecipare alla spesa come previsto per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale e la relativa SDO dovrà essere annullata.

Se il paziente, senza giustificato motivo, non si presenta durante il ciclo programmato, lo si considera in dimissione volontaria con la data dell'ultimo contatto con la struttura.

2.12 – La cura

I pazienti giudicati idonei devono essere convocati per l'intervento chirurgico entro un periodo ragionevole dall'esecuzione degli esami preoperatori. All'atto dell'accoglienza del paziente il giorno dell'intervento è necessario procedere alla verifica di:

- dati anagrafici sulla lista operatoria;
- aderenza alle istruzioni pre-operatorie ed ai requisiti socio-familiari;
- presenza di un accompagnatore;
- le strutture dovranno adottare specifici protocolli assistenziali differenziati per patologia ed intervento relativamente alla profilassi e/o terapia farmacologia, al monitoraggio perioperatorio ed alla sorveglianza post-anestesiologica.

Gli interventi effettuati debbono essere riportati su apposito registro, distinto da quello utilizzato per gli interventi effettuati in regime ordinario, nel quale dovranno essere indicati:

- gli elementi identificativi del paziente,
- la diagnosi
- la descrizione della procedura eseguita;
- il tipo di anestesia
- il nominativo dell'anestesista;
- ora di inizio e fine della procedura eseguita;
- i nominativi e le qualifiche degli operatori;
- le eventuali complicanze intraoperatorie;
- le eventuali tecniche di sedazione del dolore utilizzate.

Dopo anestesia generale il paziente deve essere sorvegliato fino a quando non abbia recuperato i riflessi di protezione delle vie aeree, l'orientamento temporo-spaziale e la stabilizzazione dei parametri vitali.

Dopo anestesia locoregionale il paziente deve essere sorvegliato fino al recupero di un normale tono muscolare e scomparsa di ipotensione ortostatica.

Nella cartella dovranno essere conservate:

- la scheda anestesiológica comprensiva della valutazione anestesiológica, del consenso, del riscontro dell'anestesia e delle condizioni del paziente alla dimissione;
- la scheda di monitoraggio perioperatorio dei parametri vitali;
- la scheda dell'intervento chirurgico;
- la lettera di dimissione;
- consigli comportamentali.

2.13 – Il pernottamento

Per eseguire prestazioni di day-surgery che, per le peculiarità della procedura chirurgica da eseguire o per ragioni cliniche fanno ritenere, a priori, necessario un periodo di osservazione postoperatoria, anche in assenza di complicanze, va prevista la possibilità di erogare la prestazione come one day surgery. Si ricorre al pernottamento anche quando, a giudizio dei clinici, le condizioni del paziente rendono necessario il prolungamento del tempo di osservazione. In entrambi i casi va mantenuta la stessa SDO e cartella clinica.

Se il periodo di osservazione si conclude senza complicanze il paziente sarà dimesso il giorno successivo all'intervento e gli accessi di day hospitale consumati nella fase operatoria saranno, in questo caso, due.

Nell'elenco delle procedure chirurgiche eseguibili in day surgery allegato 1.2 sono contrassegnate con asterisco le procedure che possono essere eseguite soltanto in strutture che consentono il pernottamento del paziente (one day surgery).

Nel caso sia necessario trasferire il paziente in regime ordinario nel giorno stesso dell'intervento o il giorno successivo, dopo il pernottamento in one day surgery, si convertirà il ricovero dal regime di daysurgery al regime ordinario lasciando invariato il numero nosografico e continuando ad usare la stessa cartella clinica nella quale si correggerà la data di ricovero. La data del ricovero ordinario "convertito" corrisponderà alla data di esecuzione dell'intervento chirurgico e nel

campo provenienza paziente della SDO verrà registrato "Paziente trasferito da altro regime di ricovero"; nel diario clinico saranno annotate.

Le prestazioni erogate negli accessi precedenti alla data dell'intervento potranno essere registrate sulla SDO relativa al ricovero ordinario anche se con data antecedente al ricovero alla stregua di quanto avviene nel caso della preospedalizzazione.

Con apposita circolare saranno emanate istruzioni relativamente alle modalità di compilazione e codifica delle SDO per la rilevazione dei ricoveri in day-surgery.

2.14 – Le dimissioni

La dimissione del paziente viene stabilita dal chirurgo che ha effettuato l'intervento in accordo con l'anestesista ed è subordinata alla verifica dei seguenti parametri, eventualmente con l'ausilio di appositi punteggi di performance:

- recupero completo dell'orientamento temporo-spaziale;
- confermata stabilità cardiocircolatoria;
- confermato recupero dei riflessi di protezione delle vie aeree;
- assenza di problemi respiratori (condizioni sovrapponibili al preoperatorio);
- confermato ripristino della minzione spontanea;
- assenza di sanguinamento;
- minima sensazione di dolore e nausea, compatibili con una gestione domiciliare;
- confermata capacità di assumere liquidi;
- confermata capacità deambulatoria (o comunque di eseguire movimenti sovrapponibili a quelli effettuati nel preoperatorio e consentiti dal tipo di intervento);
- controllo e medicazione della ferita;
- confermata presenza di un accompagnatore;

Al paziente, all'atto della dimissione, deve essere consegnato, oltre alla scheda informativa di cui si è detto in precedenza, una relazione destinata al medico curante contenente tutti gli elementi relativi all'intervento, alla procedura eseguita e alle prescrizioni terapeutiche eventualmente proposte.

In particolare la relazione dovrà riportare i seguenti elementi:

- breve descrizione dell'intervento chirurgico o della procedura effettuata;
- eventuali condizioni degne di nota, realizzatesi nel periodo perioperatorio;
- trattamenti farmacologici consigliati nell'immediato postoperatorio;
- indicazione della struttura reperibile per ogni eventuale comunicazione (recapito telefonico).

2.15 – La continuità assistenziale

Per un corretto funzionamento dell'Unità di day surgery è indispensabile poter garantire, per le prime 24 ore dopo l'intervento, la continuità delle cure anche al di fuori dell'orario di attività, compresi i giorni festivi, mediante reperibilità telefonica e la fornitura diretta dei farmaci necessari.

Nel caso in cui il medico dell'Unità di day surgery contattato lo ritenga necessario, può predisporre l'immediato trasferimento in ospedale mediante attivazione del 118, secondo specifici protocolli.

In caso di necessità il medico reperibile deve assicurare il ricovero del paziente nella Unità di degenza ordinaria.

Il coordinamento della continuità assistenziale è affidato al responsabile medico del programma di day surgery, in accordo con il chirurgo operatore.

Circa 24 ore dopo la dimissione può essere opportuno contattare telefonicamente ogni paziente trattato in day surgery per valutare le condizioni fisiche, lo stato psicologico, i servizi ricevuti e per fornire ulteriore informazione necessaria.

2.16 – I controlli post-operatori

Il paziente trattato deve essere seguito nel decorso postoperatorio con controlli periodici, effettuati dal personale medico operante nell'Unità di day surgery. Tali controlli fino alla dimissione, poiché fanno parte del pacchetto di prestazioni remunerato come ciclo assistenziale unico, non prevedendo la partecipazione alla spesa da parte del cittadino.

2.17 – I rapporti con il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta

Il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta rivestono particolare importanza nel programma di diffusione della day surgery, per la possibilità di informare i pazienti e contribuire a garantire la continuità assistenziale.

Per poter svolgere questo ruolo devono essere ben informati sulle potenzialità e modalità di funzionamento di day surgery a cui fanno riferimento facendo anche ricorso a materiale informativo adeguato.

Il coinvolgimento del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta dovrebbe esser previsto sia nella fase di selezione sia in quella di dimissione del paziente in modo da consentirgli di fornire il suo contributo alla corretta applicazione della strategia chirurgica.

La possibilità di attivare il supporto del servizio di assistenza domiciliare dell'ASL consentirebbe di ampliare le indicazioni alla day surgery a pazienti che presentino una più elevata complessità assistenziale. Si dovranno quindi elaborare dei protocolli, d'intesa con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, che prendono in considerazione criteri clinici (classificazione ASA), condizioni socio-familiari e tipo di intervento, individuino i pazienti per i quali il

trattamento i regime di day surgery sia possibile previa attivazione di un opportuno programma di assistenza domiciliare.

2.18 – La valutazione delle attività

La realizzazione di un sicuro ed efficace programma di day surgery dipende dalla collaborazione di tutto il personale che deve essere a conoscenza della finalità e dall'organizzazione della struttura nella quale il programma è avviato.

Un efficace controllo delle attività svolte è necessario per verificare la qualità delle prestazioni ed indirizzare le decisioni cliniche ed organizzative.

A tale scopo è necessario il monitoraggio di alcuni parametri secondo i seguenti principi:

la valutazione avviene sulla base dei seguenti indicatori molti dei quali sono rilevabili attraverso le informazioni contenute nella SDO:

- La day surgery lavora ad un tasso di utilizzo intorno al 100% ed è attivo, di norma, 250 giorni all'anno.

I principali indicatori utilizzati per la valutazione dell'attività e per il controllo di qualità sono:

- Numero di casi trattati in day surgery in rapporto a quelli in ricovero ordinario per ogni singola procedura ammessa;
- eventuali cancellazioni o mancate presentazioni dopo convocazione in base alla lista di attesa :
- eventuali cancellazioni o mancate presentazioni dopo convocazioni in base alla lista operatoria;
- incidenza delle complicanze e/o del trasferimento in regime di ricovero ordinario;
- numero di mancate dimissioni;
- il ricorso al pernottamento in rapporto alla tipologia dei casi trattati;

- numero di pazienti che richiedono un nuovo ricovero in conseguenza dell'intervento
- (riospedalizzazione);
- numero di chiamate urgenti post-dimissione e relativa motivazione.
- Il monitoraggio e la revisione critica di questi dati consente un controllo della qualità e dell'efficienza e la possibilità di stilare resoconti periodici con cadenza almeno annuale.

2.19 – Elenco degli interventi e delle procedure eseguibili in day-surgery

La seconda parte del documento verte su elenco orientativo ed esemplificativo degli interventi e procedure chirurgiche effettuabili in day surgery in alternativa al ricovero ordinario. Risulta interessante riportare l'elenco indicativo degli interventi e delle procedure chirurgiche effettuabili in day-surgery in alternativa al ricovero ordinario, fatta salva l'autonomia delle Regioni e delle Province Autonome in relazione alla puntuale definizione delle prestazioni erogabili nei vari tipi di assistenza ed in considerazione del grado di trasferimento dal ricovero ordinario già raggiunto. Per alcune delle prestazioni vi sono evidenze favorevoli, basate su esperienze consolidate e sull'appropriatezza, al trattamento mediante altre forme di assistenza;

Nel dettaglio si riportano le patologie incluse nelle Linee guida per l'organizzazione delle attività di Day surgery:

INTERVENTI SUL SISTEMA NERVOSO

02.95 Rimozione di trazione transcranica o dispositivo di halo;

03.21 Cordotomia per cutanea;

03.90 Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o

Palliative;

- 03.94 Rimozione di neurostimolatore spinale;
- 03.96 Denervazione percutanea della faccetta articolare;
- 04.2 Demolizione di nervi cranici e periferici;
- 04.3 Suture dei nervi cranici e periferici;
- 04.43 Liberazione del tunnel carpale;
- 04.44 Liberazione del tunnel tarsale;
- 04.49 Altre decompressioni dei nervi periferici e dei gangli, o separazione di aderenze;

INTERVENTI SUL SISTEMA ENDOCRINO

- 06.09 Altra incisione della regione tiroidea;
- 06.12 Biopsia a cielo aperto della tiroide;
- 06.13 Biopsia delle paratiroidi;
- 06.19 Altra procedura diagnostica sulla tiroide o sulle paratiroidi;
- 06.7 Asportazione del tratto o dotto tireoglossale;

INTERVENTI SULL'OCCHIO

- 08.31 Correzione di blefaroptosi con intervento sui muscoli frontali, con sutura;
- 08.32 Correzione di blefaroptosi con anastomosi del muscolo frontale mediante fascia lata;
- 08.33 Correzione di blefaroptosi con resezione o avanzamento del muscolo elevatore o sua Aponeurosi;
- 08.34 Correzione di blefaroptosi con altre tecniche che utilizzano il muscolo elevatore;
- 08.35 Correzione di blefaroptosi con tecnica tarsale;
- 08.36 Correzione di blefaroptosi con altre tecniche;
- 09.6 Asportazione del sacco e delle vie lacrimali;

*09.81 Dacriocistorinostomia (DCR)³;
09.82 Congiuntivocistorinostomia;
09.83 Congiuntivorinostomia con inserzione di tubo o supporto;
10.32 Demolizione di lesione della congiuntiva;
10.33 Altri interventi di demolizione sulla congiuntiva;
10.41 Riparazione di simblefaron con innesto libero;
10.42 Ricostruzione di cul de sac congiuntivale con innesto libero;
11.39 Altra asportazione dello pterigium;
11.60 Trapianto di cornea, non altrimenti specificato;
11.61 Cheratoplastica lamellare autologa;
11.62 Altra cheratoplastica lamellare;
11.63 Cheratoplastica perforante autologa (a tutto spessore);
11.64 Altra cheratoplastica perforante omologa;
11.69 Altro trapianto di cornea;
11.73 Cheratoprotesi;
11.75 Cheratotomia radiale;
12.00 Rimozione di corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore dell'occhio, SAI;
12.01 Rimozione di corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore dell'occhio con magnete;
12.02 Rimozione di corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore dell'occhio senza magnete;
12.31 Lisi di goniosinechie;
12.32 Lisi di altre sinechie anteriori;
12.33 Lisi di sinechie posteriori;
12.35 Coreoplastica;
12.39 Altra iridoplastica;
12.42 Asportazione di lesione dell'iride;
*12.44 Asportazione di lesione del corpo ciliare;
12.51 Goniopuntura senza goniotomia;
12.52 Goniotomia senza goniopuntura;

³ Per le prestazioni contrassegnate con l'asterisco, si veda l'articolo 3, comma 2.

12.53 Goniotomia con goniopuntura;
12.54 Trabeculotomia ab externo;
12.55 Ciclodialisi;
12.61 Trapanazione sclerale con iridectomia;
12.63 Iridencleisi e iridatasi;
12.64 Trabeculectomia ab externo;
12.66 Revisione postoperatoria di interventi di fistolizzazione della sclera;
12.69 Altri interventi di fistolizzazione della sclera;
12.72 Ciclocrioterapia;
12.79 Altri interventi per glaucoma;
12.83 Revisione di ferita operatoria del segmento anteriore dell'occhio non classificata altrove;
12.84 Asportazione o demolizione di lesione della sclera;
12.85 Riparazione di stafiloma della sclera con innesto;
12.86 Altra riparazione di stafiloma della sclera;
12.87 Rinforzo di sclera mediante innesto;
12.92 Iniezione nella camera anteriore;
12.93 Rimozione o distruzione dell'epitelio invadente la camera anteriore;
12.97 Altri interventi sull'iride;
13.11 Estrazione intracapsulare del cristallino per via temporale;
13.19 Altra estrazione intracapsulare del cristallino;
13.2 Estrazione extra capsulare della cataratta con tecnica di estrazione lineare;
13.3 Estrazione extracapsulare del cristallino con tecnica di aspirazione semplice (e di irrigazione);
13.41 Facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta;
13.42 Facoframmentazione ed aspirazione di cataratta per via pars plana;
13.43 Dacoframmentazione meccanica ed aspirazione della cataratta;
13.51 Estrazione extracapsulare del cristallino per via temporale;
13.59 Altra estrazione extracapsulare del cristallino;
13.70 Inserzione di cristallino artificiale, SAI;
13.71 Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta,

- eseguiti in contemporanea;
- 13.72 Impianto secondario di cristallino artificiale;
 - 13.8 Rimozione di cristallino impiantato;
 - 14.11 Aspirazione diagnostica del corpo vitreo;
 - 14.41 Piombaggio sclerale con impianto;
 - 14.49 Altre indentazione sclerale;
 - 14.51 Riparazione di distacco retinico mediante diatermia;
 - 14.52 Riparazione di distacco retinico con crioterapia;
 - 14.71 Vitrectomia per via anteriore;
 - 14.72 Altra rimozione del corpo vitreo;
 - 14.73 Vitrectomia meccanica per via anteriore;
 - 14.75 Iniezione di sostituti vitreali (sostanze con effetto tamponante ab interno: aria, gas, olio di silicone, perfluorocarbonati, ecc.);
 - 14.79 Altri interventi sul corpo vitreo;
 - 14.9 Altri interventi sulla retina, sulla coroide e sulla camera posteriore;
 - 15.29 Altri interventi su un muscolo extraoculare;
 - 15.3 Interventi su due o più muscoli extraoculari che richiedono distacco temporaneo dal bulbo,
 - uno o entrambi gli occhi;
 - 15.4 Altri interventi su due o più muscoli extraoculari, uno o entrambi gli occhi;
 - 15.5 Trasposizione di muscoli extraoculari;
 - 16.22 Aspirazione diagnostica dell'orbita;
 - 16.31 Rimozione di contenuti del bulbo oculare con impianto contemporaneo endosclerale;
 - 16.39 Altra eviscerazione del bulbo oculare;
 - *16.41 Enucleazione del bulbo oculare con impianto contemporaneo nella capsula di Tenone di
 - protesi, con inserzione di muscoli;
 - *16.42 Enucleazione del bulbo oculare con altro impianto contemporaneo;
 - *16.49 Altra enucleazione del bulbo oculare;
 - 16.61 Inserzione secondaria di impianto oculare;
 - 16.62 Revisione e reinserzione di impianto oculare;

- 16.63 Revisione di enucleazione di orbita con innesto;
- 16.64 Altra revisione di enucleazione di orbita;
- 16.65 Innesto secondario ad eviscerazione della cavità oculare;
- 16.66 Altra revisione di eviscerazione della cavità oculare;
- 16.71 Rimozione di protesi oculare;
- 16.72 Rimozione di protesi orbitale;

INTERVENTI SULL'ORECCHIO

- 18.21 Asportazione del seno preauricolare;
- 18.31 Asportazione radicale di lesione dell'orecchio esterno;
- 18.39 Altra asportazione dell'orecchio esterno;
- 18.6 Ricostruzione del canale uditivo esterno;
- 18.79 Altra riparazione plastica dell'orecchio esterno;
- 20.01 Miringotomia con inserzione di tubo;
- 20.23 Incisione dell'orecchio medio;

INTERVENTI SU NASO, BOCCA E FARINGE

- 21.61 Turbinectomia mediante diatermia o criochirurgia;
- 21.62 Frattura dei turbinati;
- 21.71 Riduzione chiusa di frattura nasale non a cielo aperto;
- 21.72 Riduzione aperta di frattura nasale a cielo aperto;
- *21.83 Ricostruzione totale del naso;
- 21.84 Revisione di rinoplastica;
- 21.85 Rinoplastica di ingrandimento;
- 21.86 Rinoplastica parziale;
- 21.87 Altra rinoplastica;
- 21.88 Altra plastica del setto;
- 22.12 Biopsia a cielo aperto dei seni nasali;

- *22.2 Antrotomia intranasale;
- *22.31 Antrotomia mascellare radicale;
- *22.39 Altra antrotomia mascellare esterna;
- *22.51 Etmoidotomia;
- *22.61 Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc;
- *22.62 Asportazione di lesione del seno mascellare con altro approccio;
- 22.9 Altri interventi sui seni nasali;
- *24.2 Gengivoplastica con innesto osseo;
- 24.31 Asportazione di lesione o tessuto della gengiva;
- 24.4 Asportazione di lesione dentaria della mandibola;
- 26.21 Marsupializzazione di cisti ghiandole salivari;
- 27.0 Drenaggio della faccia e del pavimento della bocca;
- 27.31 Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del palato osseo;
- 27.42 Ampia asportazione di lesione del labbro;
- 27.43 Altra asportazione di lesione o tessuto del labbro;
- 27.53 Chiusura di fistola della bocca;
- 27.72 Asportazione dell'ugola;
- 27.73 Riparazione dell'ugola;
- 27.79 Altri interventi sull'ugola;
- 27.99 Altri interventi sulla cavità orale;
- *28.2 Tonsillectomia senza adenoidectomia;
- *28.3 Tonsillectomia con adenoidectomia;
- 28.4 Asportazione di residuo tonsillare;
- 28.6 Adenoidectomia senza tonsillectomia;
- 28.92 Asportazione di lesione di tonsille e adenoidi;
- 29.0 Faringotomia;
- 29.2 Asportazione di cisti o vestigia della flessura branchiale;
- 29.33 Faringectomia (parziale);

INTERVENTI SUL SISTEMA RESPIRATORIO

- 30.01 Marsupializzazione di cisti laringea;
- 30.09 Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe;
- 30.22 Corpectomia;
- 31.43 Biopsia [endoscopica] della laringe;
- *31.72 Chiusura di fistola esterna della trachea;
- 31.93 Sostituzione di stent laringeo o tracheale;
- 31.95 Fistolizzazione tracheoesofagea;
- 32.01 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi;
- 33.26 Biopsia chiusa [percutanea] [agobiopsia] del polmone;
- 33.27 Biopsia endoscopica del polmone;
- *34.21 Toracosopia transpleurica;
- *34.22 Mediastinoscopia;
- 34.23 Biopsia della parete toracica;
- 34.24 Biopsia della pleura;
- 34.25 Biopsia per cutanea del mediastino;
- 34.28 Altra procedura diagnostica sul torace, pleura e diaframma;
- 34.92 Iniezione nella cavità toracica;
- 34.99 Altri interventi sul torace;

INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE

- *36.01 Angioplastica coronarica percutanea transluminale di vaso singolo [PTCA] o aterectomia
coronarica senza menzione di agente trombolitico;
- *36.06 Inserzione di stent nell'arteria coronaria;
- *36.09 Altra rimozione di ostruzione dell'arteria coronaria;
- *37.21 Cateterismo cardiaco del cuore destro;
- *37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro;

*37.23 Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro;

*37.24 Biopsia del pericardio;

*37.25 Biopsia del cuore;

37.26 Stimolazione cardiaca elettrofisiologica e studi di registrazione;

37.85 Sostituzione di un eventuale pace-maker con apparecchio a camera singola non specificato
come frequenza di risposta;

37.86 Sostituzione di eventuale pace-maker con apparecchio a camera singola, frequenza di
Risposta;

37.87 Sostituzione di eventuale apparecchio di pace-maker con camera doppia;

37.89 Revisione o rimozione di pace-maker;

38.22 Angioscopia per cutanea;

38.49 Resezione di vene dell'arto inferiore con sostituzione;

38.50 Legatura e stripping di vene varicose, sede non specificata;

38.53 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto superiore;

38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore;

38.69 Altra asportazione di vene dell'arto inferiore;

39.27 Arteriovenostomia per dialisi renale;

39.42 Revisione di anastomosi artero-venoso per dialisi renale;

39.43 Rimozione di anastomosi artero-venoso per dialisi renale;

*39.50 Angioplastica o aterectomia di vaso non coronario;

39.58 Riparazione di vaso sanguigno con patch di tipo non specificato
(Angioplastica per cutanea
vasi arteriosi periferici;

*39.90 Inserzione di stent su arteria non coronaria;

39.91 Sbrigliamento dei vasi;

39.93 Inserzione di cannula intervasale;

39.94 Sostituzione di cannula intervasale;

INTERVENTI SUL SISTEMA EMATICO E LINFATICO

- 40.0 Incisione di strutture linfatiche;
- 40.21 Asportazione di linfonodi cervicali profondi;
- *40.22 Asportazione di linfonodi mammari interni;
- 40.23 Asportazione di linfonodi ascellari;
- 40.24 Asportazione di linfonodi inguinali;
- 40.29 Asportazione semplice di altre strutture linfatiche;
- *40.3 Asportazione di linfonodi regionali;
- 41.32 Biopsia percutanea della milza;
- *41.33 Biopsia a cielo aperto della milza;

INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE

- *42.11 Esofagostomia cervicale;
- 42.32 Asportazione locale di altra lesione o tessuto dell'esofago;
- 42.92 Dilatazione dell'esofago;
- 42.99 Altri interventi sull'esofago;
- 43.11 Gastrostomia percutanea [endoscopica] [PEG];
- 43.41 Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica;
- 43.42 Asportazione locale di altra lesione o tessuto dello stomaco;
- 44.22 Dilatazione endoscopica del piloro;
- 44.93 Inserzione di bolla gastrica;
- 44.94 Rimozione di bolla gastrica;
- 45.33 Asportazione locale di lesione o tessuto dell'intestino tenue eccetto il duodeno;
- 45.41 Asportazione locale di lesione o tessuto dell'intestino grasso;
- 46.32 Digiunostomia [endoscopica] percutanea [PEJ];
- 46.40 Revisione di orifizio intestinale artificiale, SAI;

46.41 Revisione di orifizio artificiale dell'intestino tenue;
*46.42 Riparazione di ernia paracolostomica;
46.85 Dilatazione dell'intestino;
48.25 Biopsia a cielo aperto del retto;
48.31 Elettrocoagulazione radicale di lesione o tessuto del retto;
48.32 Altra elettrocoagulazione di lesione o tessuto del retto;
48.33 Demolizione di lesione o tessuto del retto mediante laser;
48.34 Demolizione di lesione o tessuto del retto mediante criochirurgia;
48.35 Asportazione locale di lesione o tessuto del retto;
48.81 Incisione di tessuto perirettale;
48.82 Asportazione di tessuto perirettale;
48.91 Incisione di stenosi rettale;
48.92 Miomectomia anorettale;
48.93 Riparazione di fistola perirettale;
49.01 Incisione di ascesso perianale;
49.02 Altra incisione di tessuti perianali;
49.11 Fistulotomia anale;
49.12 Fistulectomia anale;
49.39 Altra asportazione o demolizione locale di lesione e tessuto del retto;
49.46 Asportazione delle emorroidi;
49.47 Rimozione di emorroidi trombizzate;
49.49 Altri interventi sulle emorroidi;
49.51 Sfinterotomia anale laterale sinistra;
49.52 Sfinterotomia anale posteriore;
49.59 Altra sfinterotomia anale;
49.71 Sutura di lacerazione dell'ano;
49.72 Cerchiaggio anale;
49.73 Chiusura di fistola anale;
49.91 Incisione di setto anale;
49.92 Inserzione sottocutanea di stimolatore anale elettrico;
49.93 Altra incisione dell'ano;
50.91 Aspirazione per cutanea per cutanea del fegato;

50.94 Iniezione di sostanza terapeutica nel fegato;

51.01 Aspirazione per cutanea della colecisti;

*51.10 Colangiopancreatografia retrograda endoscopica [ERCP];

51.11 Colangiografia retrograda endoscopica [ERC];

51.12 Biopsia percutanea della colecisti e dei dotti biliari;

51.14 Altra biopsia (endoscopica del tratto biliare o dello sfintere di Oddi);

51.19 Altre procedure diagnostiche sulle vie biliari;

*51.23 Colectomia laparoscopica;

*51.24 Colectomia parziale laparoscopica;

*51.81 Dilatazione dello sfintere d'Oddi;

*51.82 Sfinterotomia pancreatica;

*51.84 Dilatazione endoscopica dell'ampolla e del dotto biliare;

*51.85 Sfinterotomia e papillotomia endoscopica;

51.86 Inserzione endoscopica di tubo per drenaggio nasobiliare;

*51.87 Inserzione endoscopica di protesi biliare;

*51.88 Rimozione endoscopica di calcolo tratto biliare;

51.95 Rimozione di protesi del dotto biliare;

*51.96 Estrazione per cutanea di calcoli dal dotto comune;

*51.98 Altri interventi percutanei sul tratto biliare;

*51.99 Altri interventi sulle vie biliari;

*52.01 Drenaggio di cisti pancreatica mediante catetere;

52.11 Biopsia (agobiopsia) (percutanea) (aspirazione) del pancreas;

*52.13 Pancreatografia retrograda endoscopica [ERP];

*52.14 Biopsia [endoscopica] del dotto pancreatico;

52.19 Altre procedure diagnostiche sul pancreas;

*52.20 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto del dotto pancreatico;

*52.93 Inserzione endoscopica di tubo nel dotto pancreatico;

*52.94 Rimozione endoscopica di calcoli dal dotto pancreatico;

52.97 Inserzione endoscopica di tubo di drenaggio nasopancreatico;

52.98 Dilatazione endoscopica del dotto pancreatico;

53.00 Riparazione monolaterale di ernia inguinale, SAI;

- 53.01 Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta;
- 53.02 Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta;
- 53.03 Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta con innesto o protesi;
- 53.04 Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi;
- 53.05 Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, SAI;
- 53.10 Riparazione bilaterale di ernia inguinale, SAI;
- 53.11 Riparazione bilaterale di ernia inguinale diretta;
- 53.12 Riparazione bilaterale di ernia inguinale indiretta;
- 53.13 Riparazione bilaterale di ernia inguinale, una diretta e una indiretta;
- 53.14 Riparazione bilaterale di ernia inguinale diretta con innesto o protesi;
- 53.15 Riparazione bilaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi;
- 53.16 Riparazione bilaterale di ernia inguinale una diretta e una indiretta, con innesto o protesi;
- 53.17 Riparazione bilaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, SAI;
- 53.21 Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi;
- 53.29 Altra erniorrafia crurale monolaterale;
- 53.31 Riparazione bilaterale di ernia crurale con innesto o protesi;
- 53.39 Altra erniorrafia crurale bilaterale;
- 53.41 Riparazione di ernia ombelicale con protesi;
- 53.49 Altra erniorrafia ombelicale;
- *53.51 Riparazione di ernia su incisione;
- *53.59 Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore;
- *53.69 Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore con protesi;
- 53.9 Altra riparazione di ernia;
- 54.0 Incisione della parete addominale;
- 54.21 Laparoscopia;
- 54.22 Biopsia della parete addominale o dell'ombelico;
- 54.23 Biopsia del peritoneo;
- 54.24 Biopsia (percutanea)(agobiopsia) di massa endoaddominale;
- 54.25 Lavaggio peritoneale;
- 54.29 Altre procedure diagnostiche sulla regione addominale;

- 54.3 Asportazione o demolizione di lesione o tessuto di parete addominale o dell'ombelico;
- *54.51 Lisi laparoscopica di adesioni peritoneali;
- 54.91 Drenaggio percutaneo addominale (con metodica di Seldinger);
- *54.92 Rimozione di corpo estraneo dalla cavità peritoneale;
- 54.93 Creazione di fistola cutaneooperitoneale;
- 54.97 Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nella cavità peritoneale;
- 54.98 Dialisi peritoneale;

INTERVENTI SULL'APPARATO URINARIO

- 55.03 Nefrostomia percutanea senza frammentazione;
- 55.21 Nefroscopia (chirurgica o percutanea);
- 55.22 Pieloscopia (chirurgica o per cutanea);
- 55.92 Aspirazione percutanea renale;
- 55.95 Perfusioni del rene con sostanze terapeutiche;
- 55.96 Altre iniezioni di sostanze terapeutiche nel rene Sclerotizzazione di cisti renale;
- 56.0 Estrazione endoscopica dall'uretere e pelvi renale di: coagulo di sangue, calcolo, corpo estraneo;
- *56.1 Papillotomia o meatotomia ureterale (endoscopica e non);
- 56.31 Ureterosopia;
- 56.32 Biopsia percutanea dell'uretere;
- 56.33 Biopsia transureteroscopica;
- 56.34 Biopsia a cielo aperto dell'uretere;
- 56.39 Altre procedure diagnostiche sull'uretere;
- 56.62 Revisione di ureterocutaneostomia;
- 56.81 Ureterotomia endoscopica;
- 56.91 Dilatazione della papilla ureterale;
- 56.92 Impianto di stimolatore uretrale;
- 57.0 Drenaggio transuretrale della vescica;

- *57.18 Cistostomia e cistolitotomia sovrapubica;
- *57.21 Creazione di cistostomia sovrapubica permanente;
- 57.22 Revisione di cistostomia;
- 57.33 Cistoscopia [transuretrale] con biopsia;
- *57.34 Biopsia vescicale a cielo aperto;
- 57.49 Altra resezione transuretrale di lesione vescicale o neoplasia;
- 57.91 Sfinterotomia vescicole;
- 58.1 Meatotomia uretrale;
- 58.31 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell'uretra;
- 58.39 Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dell'uretra (caruncola uretrale);
- 58.47 Meatoplastica uretrale;
- 58.5 Uretrotomia endoscopica;
- 58.92 Asportazione di tessuto periuretrale;
- 58.93 Impianto o riposizionamento di protesi sfinteriali;
- 59.4 Sospensione uretrale sovrapubica con sling;
- 59.72 Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicole;
- 59.8 Cateterizzazione ureterale;
- 59.95 Litotrissia con ultrasuoni o elettroidraulica;

INTERVENTI SUGLI ORGANI GENITALI MASCHILI

- 60.0 Incisione della prostata;
- *60.14 Biopsia a cielo aperto delle vescicole seminali;
- 60.71 Aspirazione percutanea delle vescicole seminali;
- 60.95 Dilatazione transuretrale mediante palloncino dell'uretra prostatica;
- 61.0 Incisione e drenaggio dello scroto e della tunica vaginale;
- 61.2 Asportazione di idrocele (della tunica vaginale);
- 61.3 Asportazione o demolizione di parte del tessuto scrotale;
- 61.92 Asportazione di amatocele;
- 62.11 Biopsia [percutanea] [agobiopsia] del testicolo;

- 62.12 Biopsia a cielo aperto del testicolo;
- 62.2 Asportazione o demolizione di lesione testicolare;
- 62.3 Orchiectomia monolaterale;
- 62.5 Orchiopessi;
- 62.7 Inserzione di protesi testicolare;
- 63.01 Biopsia del cordone spermatico, dell'epididimo o dei dotti deferenti;
- 63.1 Asportazione di varicocele e idrocele del cordone spermatico;
- 63.2 Asportazione di cisti dell'epididimo o speratocele;
- 63.3 Asportazione di altra lesione o tessuto del cordone spermatico ed epididimo;
- 63.4 Epididimectomia;
- *63.52 Derotazione del funicolo e del testicolo;
- 63.6 Vasotomia e vasostomia;
- *63.82 Ricostruzione dei deferenti chirurgicamente sezionati;
- 63.92 Epididimotomia;
- 63.93 Incisione del cordone spermatico;
- 63.95 Inserimento di valvole nei dotti deferenti;
- 64.0 Circoncisione;
- 64.11 Biopsia del pene;
- 64.2 Asportazione o demolizione di lesione del pene;
- 64.41 Sutura di lacerazione del pene;
- 64.91 Plastiche di slittamento del prepuzio;
- 64.93 Liberazione di sinechie peniene;
- 64.98 Altri interventi sul pene;

INTERVENTI SUGLI ORGANI GENITALI FEMMINILI

- *65.01 Ovariectomia laparoscopica;
- 65.11 Biopsia aspirativa dell'ovaio;
- 65.12 Altra biopsia dell'ovaio;
- 65.13 Biopsia laparoscopica dell'ovaio;

65.14 Altre procedure diagnostiche laparoscopiche dell'ovaio;

*65.23 Marsupializzazione laparoscopica di cisti ovarica;

*65.24 Resezione cuneiforme laparoscopica di cisti ovarica;

*65.25 Altra asportazione laparoscopica locale o distruzione dell'ovaio;

*65.31 Ovariectomia laparoscopica monolaterale;

*65.49 Ovariectomia laparoscopica monolaterale;

*65.54 Rimozione laparoscopica dell'ovaio residuo;

*65.64 Rimozione laparoscopica dell'ovaio residuo e della tuba;

*65.74 Sutura semplice laparoscopica dell'ovaio;

*65.81 Lisi laparoscopica di aderenze delle ovaie e delle tube;

*65.89 Adesiolisi salpingo-annessiale;

65.91 Aspirazione dell'ovaio;

66.21 Legatura e clampaggio endoscopico bilaterale delle tube;

66.22 Legatura e sezione endoscopica bilaterale delle tube;

66.29 Altra demolizione od occlusione endoscopica bilaterale delle tube;

66.31 Altra legatura e clampaggio bilaterale delle tube;

66.32 Altra legatura e sezione bilaterale delle tube Intervento di Pomeri;

66.39 Altra demolizione od occlusione bilaterale delle tube;

*66.4 Salpingectomy totale monolaterale;

67.2 Conizzazione della cervice;

67.39 Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice;

67.5 Riparazione di ostio cervicale interno;

67.61 Sutura di lacerazione della cervice;

68.16 Biopsia dell'utero;

68.21 Divisione di sinechie endometriali;

68.22 Incisione o asportazione di setto congenito dell'utero;

68.29 Vaporizzazione laser cervicale;

69.01 Dilatazione o raschiamento per interruzione di gravidanza;

69.02 Dilatazione e raschiamento a seguito di parto o aborto;

69.19 Altra asportazione o demolizione dell'utero e delle strutture di sostegno;

69.29 Altra riparazione dell'utero e delle strutture di sostegno;

69.3 Denervazione uterina paracervicale;

- *69.4 Riparazione uterina;
- 69.51 Raschiamento dell'utero mediante aspirazione per interruzione di gravidanza;
- 69.52 Raschiamento dell'utero mediante aspirazione a seguito di gravidanza o aborto;
- 69.6 Procedura per provocare o regolare il flusso mestruale;
- 70.0 Culdocentesi;
- 70.11 Imenectomia;
- 70.12 Culdotomia;
- 70.13 Lisi di aderenze intraluminari della vagina;
- 70.14 Altra vaginotomia;
- 70.33 Asportazione o demolizione di lesione della vagina;
- 70.71 Sutura di lacerazione della vagina;
- 70.76 Imenorrafia;
- 71.09 Altra incisione della vulva e del perineo;
- 71.23 Marsupializzazione di cisti della ghiandola del Bartolino;
- 71.24 Asportazione o altra demolizione di cisti della ghiandola del Bartolino;
- *71.3 Altra asportazione o demolizione locale della vulva e del perineo;

INTERVENTI OSTETRICI

- 75.1 Amniocentesi diagnostica prelievo dei villi coriali;

INTERVENTI SULL'APPARATO MUSCOLOSCHELETRICO

- *76.72 Riduzione aperta di frattura zigomatica e malare;
- *76.74 Riduzione aperta di frattura mascellare;
- 76.97 Rimozione di mezzi di fissazione interna dalle ossa facciali;
- 77.04 Sequestrectomia del carpo e del metacarpo;
- 77.08 Sequestrectomia del tarso e del metatarso;

- 77.23 Resezione cuneiforme del radio e dell'ulna;
- 77.24 Resezione cuneiforme del carpo e del metacarpo;
- 77.28 Resezione cuneiforme del tarso e metatarso;
- *77.33 Altra sezione del radio e dell'ulna;
- 77.34 Altra sezione del carpo e metacarpo;
- 77.38 Altra sezione del tarso e metatarso;
- 77.41 Biopsia della scapola, clavicola e torace (coste e sterno);
- 77.42 Biopsia dell'omero;
- 77.43 Biopsia del radio e dell'ulna;
- 77.44 Biopsia del carpo e metacarpo;
- 77.45 Biopsia del femore;
- 77.46 Biopsia della rotula;
- 77.47 Biopsia della tibia e del perone;
- 77.48 Biopsia del tarso e metatarso;
- 77.49 Biopsia di altre ossa, ad eccezione di quelle facciali;
- 77.51 Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed osteotomia del primo metatarso;
- 77.52 Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed artrodesi;
- 77.53 Altra asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli;
- 77.54 Asportazione o correzione di borsite;
- 77.56 Riparazione di dito a martello;
- 77.57 Riparazione di dito ad artiglio;
- 77.58 Altra asportazione, fusione o riparazione di dita;
- 77.59 Altra asportazione di borsite;
- 77.63 Asportazione locale di lesione o tessuto di radio e ulna;
- 77.64 Asportazione locale di lesione o tessuto di carpo e metacarpo;
- 77.66 Asportazione locale di lesione o tessuto della rotula;
- 77.68 Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso e metatarso;
- 77.69 Asportazione locale di lesione o tessuto di altre ossa, escluse quelle facciali;
- 77.73 Prelievo di osso del radio e dell'ulna per innesto;
- 77.74 Prelievo di osso del carpo e del metacarpo per innesto;

- 77.78 Prelievo di osso del tarso e del metatarso per innesto;
- 77.83 Altra osteotomia parziale del radio e dell'ulna;
- 77.84 Altra osteotomia parziale del carpo e del metacarpo;
- 77.88 Altra osteotomia del tarso e del metatarso;

3. MODELLI ORGANIZZATIVI

3.1 – L'organizzazione nelle strutture sanitarie

L'analisi e la comprensione dei problemi organizzativi rappresentano il presupposto di qualsiasi intervento organizzativo⁴.

L'obiettivo è di offrire riferimenti per la lettura dei problemi organizzativi nelle aziende sanitarie, richiamando:

- da un lato, lo sviluppo seguito dagli studi e dalle diverse teorie organizzative;
- dall'altro, le specificità delle aziende sanitarie e il loro percorso di evoluzione, che rende del tutto particolare l'approccio al tema dell'organizzazione.

Ciò al fine di fornire elementi che consentono di affrontare, con cognizione di causa, le complesse problematiche di progettazione e gestione del cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie pubbliche.

Un ragionamento combinato sugli sviluppi delle teorie e sulla peculiarità e i processi concreti di evoluzione nell'organizzazione delle aziende sanitarie permette, infatti, di comprendere la molteplicità delle variabili che incidono sui fenomeni organizzativi, nonché i fattori rilevanti che influenzano il funzionamento di un determinato contesto aziendale.

A introduzione del tema è utile chiarire cosa si intende per organizzazione; infatti, parlare di organizzazione in senso lato, senza esplicitare alcuni elementi critici per la comprensione della tematica, rischia di essere fuorviante.

L'organizzazione rappresenta, insieme alla gestione e alla rilevazione, una delle dimensioni che fanno funzionare l'azienda; organizzazione, rilevazione e gestione sono, infatti, i tre aspetti dell'amministrazione che approfondiscono le problematiche connesse alle operazioni di governo aziendale.

In particolare, la gestione è costituita dall'insieme delle attività direttamente rivolte alla produzione ed al consumo dei beni e dei servizi cui è

⁴ M. Bergamaschi - L'organizzazione nelle aziende sanitarie, McGraw-Hill, 2000

preposta l'azienda e si esplica nell'acquisizione e nell'impegno delle condizioni produttive e nella cessione dei beni e dei servizi prodotti.

La rilevazione è costituita dalle attività direttamente rivolte alla produzione, trasmissione, elaborazione dei dati e delle informazioni che alimentano i processi conoscitivi, di comunicazione e di decisione e rappresenta la tematica che indaga la determinazione di grandezze espressive dell'andamento dell'azienda, così da potere apprezzare il grado di soddisfacimento delle finalità perseguite.

L'organizzazione rappresenta l'ambito di osservazione, con finalità interpretative e prescrittive, della dimensione organizzativa degli istituti e analizza e valuta il comportamento organizzativo.

E' necessario chiarire che la parola organizzazione, oltre a essere intesa come disciplina organizzativa richiama un'attività finalizzata svolta da più parti di un insieme coordinato: in particolare è possibile richiamare quattro distinti significati del termine:

1. organizzazione come assetto organizzativo e quindi componenti dell'azienda;
2. organizzazione come azione organizzativa, ossia, specifica attività o funzione tesa a definire l'assetto organizzativo di un'azienda;
3. organizzazione come carattere di un insieme di elementi finalizzati e coordinati; si parla in questo caso di lavoro organizzativo;
4. organizzazione come teoria che orienta l'intervento sull'organizzazione.

Le quattro definizioni sono strettamente interrelate tra loro: in ogni caso in questa sede assume particolare rilevanza il significato di organizzazione come assetto organizzativo di un istituto, in quanto sintesi di lavoro organizzato e azioni tese a costituire o modificare un determinato assetto, coerentemente con la visione definita dalla teoria organizzativa.

Le decisioni organizzative portano quindi alla configurazione dell'assetto organizzativo aziendale; la quasi totalità delle teorie organizzative di matrice economico-aziendale vede l'assetto organizzativo come uno degli elementi qualificanti la dimensione organizzativa di un istituto.

L'assetto organizzativo è la risultante del combinarsi⁵:

- della struttura organizzativa (modalità di distribuzione tra i vari organi aziendali, in insieme coordinato, dei compiti e delle responsabilità);
- dei sistemi operativi (meccanismi che governano la dinamica e la remunerazione dei prestatori di lavoro e l'assegnazione ai vari organi aziendali degli obiettivi).

L'assetto organizzativo si manifesta inoltre attraverso connotazioni di ordine culturale e comportamentale, come lo sviluppo dei sistemi delle competenze e dei valori, che influenzano il significato di determinate configurazioni di strutture e meccanismi.

In tal senso, se struttura organizzativa e meccanismi operativi rappresentano le variabili *hard*, il sistema delle competenze e degli stili di leadership, dei valori e della cultura organizzativa rappresentano gli elementi *soft* e pongono al centro dell'attenzione le persone.

Al fine di dotarsi di strumenti logici, metodologici e operativi in grado di facilitare qualsiasi intervento di modifica dell'assetto organizzativo che consenta un migliore perseguimento delle finalità istituzionali è necessaria la comprensione:

- da un lato, delle variabili organizzative e di tutti gli elementi che le caratterizzano;
- dall'altro, delle relazioni che le legano e delle loro interdiscipline.

Infatti, nell'ambito della disciplina organizzativa, struttura e meccanismi operativi vengono definiti variabili proprio al fine di sottolineare la loro adattabilità in relazione agli obiettivi e alle finalità istituzionali. In particolare, si sottolinea che lo studio della dimensione organizzativa con la finalità di identificare e adottare soluzioni organizzative strumentali al perseguimento degli obiettivi generali dell'azienda (valenza prescrittiva) può essere raggiunto solo se i fenomeni organizzativi vengono indagati per avere una chiave di lettura (valenza interpretativa) della realtà di riferimento.

⁵ Airolti et al., 1994

3.2 – Le variabili organizzative: struttura e meccanismi operativi

Ogni azienda ha bisogno, per funzionare e conseguire i propri fini, di utilizzare il lavoro di persone e di definire un assetto organizzativo che consenta la divisione dei compiti, l'attribuzione dei ruoli operativi, e un coordinamento dei distinti interventi.

Attraverso la struttura organizzativa di base, i sistemi operativi e di distribuzione delle responsabilità, elementi dell'assetto organizzativo, è possibile regolare il funzionamento dell'azienda di diversi livelli di responsabilità.

3.2.1 - La struttura organizzativa di base

La struttura organizzativa di una azienda può essere definita come la configurazione unitaria e coordinata degli organi aziendali e degli insiemi di compiti e responsabilità loro assegnati⁶.

In prima approssimazione, attraverso la struttura organizzativa vengono riassunti il sistema dei ruoli e la divisione del lavoro tra gli operatori. Attraverso un ulteriore livello di approfondimento è possibile identificare:

- l'individuazione dei compiti elementari che devono essere svolti per la realizzazione delle combinazioni economiche aziendali⁷;
- l'assegnazione di mansioni alle differenti figure professionali (posizioni) che operano nell'ambito delle unità organizzative;
- l'aggregazione dei compiti in sottoinsiemi di attività omogenee (in relazione a prescelti criteri di divisione del lavoro) suscettibili di essere assegnati a un'unica unità organizzativa elementare responsabile del loro svolgimento;

⁶ Airoldi et al., 1994

⁷ Le combinazioni economiche sono l'insieme delle operazioni svolte da tutte le persone che partecipano all'azienda e in esse si sostanzia l'attività economica dall'azienda (Airoldi, Brunetti, Coda, 1994, pag. 129).

- l'identificazione delle funzioni da assegnare a ciascuna unità organizzativa elementare;
- la definizione dei livelli gerarchici tra le differenti unità organizzative;
- le relazioni che collegano le attività di ciascun organo e quelle di altri organi.

E' dunque possibile distinguere tra:

- la macrostruttura, che definisce elementi quali le unità organizzative e le funzioni, intesi come mandanti con ampia discrezionalità di intento e d'azione, e conseguente responsabilità, attribuite a unità organizzative;
- la microstruttura, che analizza le mansioni, intese come mandati interni alle funzioni, senza discrezionalità di azione propria, e i compiti, intesi come mandati ad ambito discrezionale ancora più ristretto.

La struttura organizzativa di un'azienda rappresenta quindi il risultato di una scomposizione degli obiettivi generali in obiettivi particolari (livello macro-organizzativo), che a loro volta trovano traduzione di compiti e mansioni ricondotte al singolo operatore e/o gruppi di operatori (livello micro-organizzativo).

In particolare la struttura organizzativa può essere indagata secondo tre dimensioni:

- la dimensione verticale che configura la modalità di sovra/subordinazione e quindi differenti livelli su cui si articola la struttura;
- la dimensione orizzontale che individua le modalità di specializzazione delle unità organizzative;
- la dimensione temporale che identifica il grado di permanenza/continuità delle unità organizzative.

Infine, si ritiene utile sottolineare che la struttura organizzativa definisce le relazioni tra i diversi organi che la compongono, che possono essere di subordinazione (relazioni verticali), tra organi di pari livello (relazioni orizzontali) o tra organi di diverso livello, ma non in rapporto gerarchico (relazioni diagonali).

L'organigramma e il mansionario riassumono in un quadro sinottico tutte le informazioni relative alla struttura organizzativa.

3.2.2 - I meccanismi operativi

Per meccanismi operativi si intende l'insieme dei processi che fanno funzionare "operativamente" l'organizzazione, inducendo adeguati stimoli al comportamento⁸.

Mentre la struttura definisce un quadro tendenzialmente statico dell'organizzazione attraverso l'identificazione degli elementi di base, relativamente stabili, del sistema dei ruoli, i meccanismi operativi ne rappresentano l'elemento di manico. Ciò concerne sia l'adattamento operativo della struttura alle esigenze dinamiche dei processi di produzione e consumo, sia il collegamento fra i ruoli organizzativi e le persone che li occupano.

I sistemi operativi si possono raggruppare in due grandi classi⁹:

1. i sistemi di gestione degli obiettivi e delle informazioni:

- il sistema di pianificazione strategica;
- il sistema di programmazione e controllo;
- il sistema informativo;

2. i sistemi di gestione del personale:

- i sistemi di ricerca, selezione, accoglimento e inserimento del personale;
- i sistemi di dimensionamento degli organici parziali e generali;
- i sistemi di addestramento e di formazione;
- il sistema di carriera e il connesso sistema di valutazione del potenziale;
- il sistema retributivo e i connessi sistemi di valutazione delle mansioni e di valutazione delle prestazioni.

In generale si parla di meccanismi per indicare le regole formali e astratte di funzionamento delle aziende. La presenza o l'assenza di meccanismi operativi capaci di regolare determinati fenomeni organizzativi non determina la presenza o l'assenza dei fenomeni stessi. In altre parole, con o senza i meccanismi operativi, i processi si realizzano lo stesso. E' comunque chiaro che, bassi gradi di formalizzazione degli stessi, aumentano il livello di confusione all'interno di

⁸ Rugiadini, 1979.

⁹ Airolti et al., 1994

un'azienda e possono indurre a comportamenti discrezionali, arbitrari e non del tutto coerenti con le finalità aziendali.

3.2.3 - Le relazioni tra le variabili organizzative

In realtà le variabili organizzative sono tra loro strettamente interrelate ed è quindi necessario porre particolare attenzione ai legami che si generano tra le stesse.

In particolare si sottolinea che:

- struttura, meccanismi operativi e sistema delle competenze e dei valori sono legati tra loro da un rapporto di stretta interdipendenza. È quindi necessario un continuo processo di mutuo aggiustamento tra le variabili al fine di garantire un equilibrio complessivo e, di conseguenza, nei processi di innovazione organizzativa, è necessario agire su tutti e tre i fronti. In particolare, l'impiego della leva della progettazione organizzativa strutturale, che rappresenta l'area di intervento più immediatamente visibile all'interno dei processi di cambiamento, deve essere accompagnato da un contestuale allineamento dei principali sistemi operativi che supportano il funzionamento della struttura e da una serie di interventi volti a rafforzare le competenze degli individui e i valori e la cultura aziendale. La persistenza di visioni non sistemiche e di una mancanza di sinergie tra le variabili rappresenta uno dei principali ostacoli alla realizzazione dei processi di cambiamento organizzativo;
- struttura, meccanismi operativi e sistemi delle competenze e dei valori devono trovare adeguati livelli di congruenza e coerenza interna. La mancanza di tale equilibrio comporta la presenza di disfunzioni organizzative e favorisce il proliferare di situazioni confuse che inducono comportamenti arbitrari. In altre parole, una struttura con una dimensione verticale molto ridotta, che favorisca il decentramento decisionale e

l'autonomia di governo, abbinata a processi di gestione budgetaria di tipo impositivo o a uno stile di direzione di tipo autoritario, rischia di generare situazioni di empasse organizzativo;

- struttura, meccanismi e sistema delle competenze e dei valori devono presentare adeguati livelli di congruenza anche con le finalità istituzionali dell'azienda e con l'ambiente di riferimento. Non è infatti possibile identificare una configurazione delle variabili organizzative alle finalità da raggiungere e alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera l'azienda. In particolare, al crescere della complessità e della dinamicità dell'ambiente di riferimento, cresce la verità e l'articolazione delle leve di intervento organizzativo impiegabili.

Possiamo quindi considerare l'assetto organizzativo di un'azienda come la risultante di un processo, di un insieme di interventi e azioni orientati a individuare un equilibrio tra le variabili organizzative, al fine di definire un valido funzionamento del sistema aziendale.

In tal senso si parla di problema organizzativo, che nasce dalla divisione del lavoro e dalla specializzazione, che pongono un'esigenza di coordinamento tra individui e tra aggregati di individui¹⁰.

L'attività di organizzazione non costituisce un momento progettuale isolabile dal fluire continuo di decisioni e azioni, stimulate dalla necessità, che continuamente si presenta, di risolvere problemi con un risvolto organizzativo¹¹. Dalle continue decisioni tese a dare risposta ai problemi organizzativi derivano le differenti configurazioni di assetto organizzativo.

Tutto ciò è profondamente influenzato dalle visioni di fondo e dalle concezioni di cui sono portatori i soggetti decisionali.

Le differenti concezioni dell'organizzazione e le diverse teorie organizzative giocano infatti un ruolo forte nell'interpretazione dei fenomeni organizzativi e influenzano le tecniche e le metodologie organizzative che definiscono gli assetti organizzativi delle aziende.

Diventa quindi rilevante sviluppare alcuni contenuti in merito alle principali teorie organizzative.

¹⁰ Costa e Nacamulli, 1997.

¹¹ Rebola, 1998.

3.3 – I Modelli organizzativi utilizzati nelle strutture di day-surgery

Le prestazioni di chirurgia ambulatoriale potranno essere effettuate, in funzione della loro diversa complessità:

- in ambulatori, in possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi appresso specificati;
- in ambulatori protetti, intesi come ambulatori che oltre a tali requisiti siano posti nell'ambito di una struttura di ricovero, anche a solo ciclo diurno, pubblica o privata.

Le prestazioni di day-surgery potranno essere effettuate secondo i seguenti modelli organizzativi:

- **Unità autonome dedicate;**
- **Unità integrate;**
- **Posti letto dedicati.**

3.4 – Le unità autonome dedicate

Le strutture mono o multidisciplinari, indipendenti dal punto di vista strutturale, amministrativo e gestionale, dotate di sale operatorie e spazi di degenza esclusivamente dedicati alla day-surgery.

Tali unità possono essere così individuate:

- ❖ **Struttura dedicata**, posta all'interno di istituti di ricovero pubblici o privati, caratterizzata da:
 - presenza di sale operatorie e spazi per la degenza dedicati;
 - personale dedicato;
 - autonomia gestionale ed organizzativa;
 - inserimento in un'ottica di tipo dipartimentale o interdipartimentale;
 - entità significativa della casistica trattata;

- ❖ ***Free standing on campus***, padiglione all'interno di un complesso ospedaliero, oppure presidio di azienda ospedaliera con essa collegato da percorsi dedicati¹²;
- ❖ ***Free standing off campus***, esterne a strutture di ricovero e non collegate ad un presidio ospedaliero da percorsi dedicati. Le *free standing off campus* possono essere pubbliche o private e debbono prevedere il rapporto funzionale con strutture di ricovero pubbliche o private per la gestione delle complicità e delle emergenze.

Le Unità autonome dedicate pubbliche si configurano quali strutture complesse, ai sensi dell'art. 15 quinquies comma 6 del D.Lgs. 229/99 che richiama l'articolo 8-quater dello stesso decreto, che prevede la determinazione dei criteri generali per la individuazione dei requisiti ulteriori di qualità per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private sulla base di alcuni principi direttivi, tra i quali: *“individuare l'organizzazione dipartimentale minima e le unità operative e le altre strutture complesse delle aziende di cui agli art. 3 e 4, in base alla consistenza delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, al grado di autonomia finanziaria e alla complessità dell'organizzazione interna”*.

La responsabilità di tale struttura è riferita esclusivamente alla organizzazione e programmazione delle attività, mentre la responsabilità clinico-terapeutica e medico-legale del singolo paziente ricade sui professionisti delle unità operative afferenti al programma. I percorsi clinico-assistenziali devono essere condivisi da tutti gli operatori della struttura.

3.5 – Le unità integrate

Le Unità mono o multidisciplinari sono presenti esclusivamente all'interno di strutture di ricovero pubbliche e private, intese, ai sensi del D.Lgs. 229/99, quali articolazioni di una struttura complessa (unità operativa o dipartimento):

¹² I percorsi dedicati consentono il sicuro collegamento in tempi rapidi delle *free standing on campus* con il presidio ospedaliero ed i relativi servizi.

le caratteristiche principali di tali strutture sono:

- presenza di spazi di degenza dedicati;
- utilizzo di sale operatorie centralizzate con sedute dedicate, secondo turni e giorni della settimana.

3.6.- I posti letto dedicati

La presenza di posti letto dedicati alle attività di day-surgery all'interno di unità di degenza ordinaria ordinaria, con utilizzo di sale operatorie centralizzate, secondo orari e giorni della settimana prestabiliti.

Tale modello organizzativo consente l'avvio delle attività in day-surgery ed è attualmente quello più diffuso essendo semplice da realizzare. Esso favorisce la diffusione di una nuova cultura; può consentire la riduzione delle liste di attesa ed in realtà ospedaliera con numero ridotto di posti letto, potrebbe rappresentare l'unico modello attivabile.

Tuttavia, in relazione alla quantità e tipologia dei casi trattati si auspica l'evoluzione di questo modello nei modelli sopra descritti, al fine di conseguire i benefici tipici della day-surgery, quali pianificazione, rispetto della programmazione, ottimizzazione delle risorse e personalizzazione dell'assistenza.

I posti letto devono essere chiaramente ed esclusivamente destinati alla day-surgery e la pianificazione dell'attività chirurgica deve essere nettamente distinta dall'attività chirurgica ordinaria.

I tre modelli organizzativi possono coesistere nell'ambito di una stessa Azienda Ospedaliera, Policlinico Universitario o Azienda ASL.

I modelli organizzativi proposti per la chirurgia ambulatoriale e per la day-surgery, si distinguono tra loro sulla base:

- dei **requisiti** minimi¹³ strutturali, tecnologici ed organizzativi di cui devono essere in possesso, ai fini dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale;
- delle **procedure** in essi effettuabili, individuate sulla base delle caratteristiche della struttura e della complessità della procedura stessa.

¹³ Requisito minimo: standard al di sotto del quale non viene garantito un livello di sicurezza per i pazienti e l'erogazione delle prestazioni non avviene secondo criteri di efficacia, efficienza ed economicità.

4. LA GESTIONE PER PROCESSI ED IL PERCORSO ASSISTENZIALE

4.1 – Introduzione

Nell'ultimo decennio, nella Sanità italiana, si è sentita la necessità di promuovere sistemi e strumenti che fossero finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi sanitari. Anche per l'azienda sanitaria si è sentito sempre più pressante considerare la qualità come tema centrale della pianificazione aziendale. Infatti la qualità viene definita come fattore strategico a cui sempre più frequentemente si rifanno le normative nazionali e regionali relative ai concetti di appropriatezza e qualità, al fine di garantire all'azienda sanitaria le risorse sanitarie necessarie al proprio funzionamento.

Un elemento che attualmente accomuna le logiche e gli strumenti adottati per valutare la qualità dell'assistenza sanitaria, o per promuovere il ciclo di miglioramento continuo, riguarda l'orientamento ai processi assistenziali. In altri termini, tali strumenti permettono di comprendere come si sviluppa un processo assistenziale complessivo, o di alcune sue componenti ritenute essenziali, valutandone l'impatto sui risultati generati. Approccio che, potendo essere condotto in modi differenti, ha generato lo sviluppo di diversi sistemi e strumenti. È evidente perché ciò è avvenuto in una logica aziendale: l'introduzione di nuovi meccanismi di finanziamento e di competitività nel sistema hanno determinato, al contrario di quanto avveniva nel passato, effetti sensibili sull'equilibrio economico-finanziario aziendale a fronte della "perdita", in senso gestionale, di pazienti. Fenomeno che, in virtù dei meccanismi di regolazione finanziaria della mobilità dei pazienti, ha interessato sia le aziende ospedaliere sia quelle territoriali.

A tale scopo nasce l'esigenza di introdurre strumenti che possano garantire non solo prestazioni ma anche risposte appropriate sia da un punto di vista clinico che gestionale, necessarie alle esigenze del paziente.

La ricerca di strumenti finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi sanitari è avvenuta, soprattutto, con riferimento agli aspetti di carattere clinico. Impostazione ampiamente giustificata dalla natura e dai contenuti dei processi produttivi sanitari.

In questo senso, si sono sviluppate diverse iniziative sperimentali basate sulle linee guida e l'Evidence-Based Medicine (EBM).

Non sempre, tuttavia, l'avvio di progetti volti all'introduzione di logiche di gestione dei processi produttivi sanitari basati su tali strumenti ha avuto successo. È difficile, in questa sede, analizzare analiticamente i motivi che hanno rallentato o impedito lo sviluppo di tali progetti. Di certo, tra questi, un ruolo importante è stato giocato dalla cultura degli operatori, non ancora preparati a confrontarsi con parametri di riferimento definiti da soggetti esterni all'organizzazione. Confronti oggetto, talvolta, di critica a causa dell'esistenza, rispetto al medesimo problema di salute, di più linee guida, con differenze anche significative, e incapaci di ottenere un consenso unanime. Un altro elemento di criticità è, senza dubbio, rappresentato dalla necessità di introdurre le linee guida parallelamente a innovazioni organizzative. Problematica di non poco conto in quelle realtà in cui l'aspetto organizzativo è stato considerato solo marginalmente, imputando il ritardo o le difficoltà incontrate nell'applicazione di linee guida a presunti ritardi culturali della classe medica.

4.2 – La gestione per processi

Le prime forme di gestione per processi in Sanità nascono nella seconda metà degli anni Novanta. Lo scopo era quello di studiare e provare sistemi e logiche di misurazione di fenomeni gestionali, in modo tale da essere integrati a quelli esistenti per avere una maggiore coerenza con le finalità e le caratteristiche delle aziende sanitarie. In particolare, dare strumenti ai dirigenti medici che

consentano loro di intervenire efficacemente sulla gestione al fine del raggiungimento degli obiettivi.

Con la gestione per processi, applicata al contesto sanitario, si è cercato, da un punto di vista meramente gestionale, di focalizzare l'attenzione della gestione sull'output specifico dell'organizzazione sanitaria (e quindi la gestione di un problema di salute) e sulle modalità con le quali si genera, piuttosto che, come tradizionalmente avviene, considerando complessivamente gli output (eterogenei e parziali) di un'articolazione organizzativa (Dipartimento, Unità operativa o Centro di costo).

Un approccio del genere offre la possibilità di identificare responsabilità di processo, o di segmento dello stesso, in alternativa o congiuntamente alle classiche responsabilità di struttura. Inoltre, consente di sviluppare capacità di analisi dei fenomeni gestionali in un'ottica di tipo trasversale, superando le barriere poste dagli assetti organizzativi e istituzionali per garantire, in estrema sintesi, il miglior risultato possibile al paziente in una logica di continuità delle cure.

La gestione per processi, quindi, attraverso la rilevazione di fenomeni specifici, consente di analizzare le modalità con le quali è gestito l'oggetto fondamentale di riferimento dell'Azienda sanitaria: il paziente.

4.3 – Gli aspetti a livello aziendale che favoriscono l'*empowerment*: la gestione per processi *customer driven*

La necessità di ascoltare nelle aziende sanitarie le esigenze dei pazienti e promuovere la loro soddisfazione comporta la necessità di garantire gli strumenti idonei alla realizzazione di tale cultura. Occorre, quindi, che la gestione delle aziende sanitarie sia effettivamente focalizzata sui bisogni dei fruitori, sostenendo,

così, per molti versi, lo stesso processo di evoluzione che ha caratterizzato le aziende industriali e di servizi che possono definirsi effettivamente innovative¹⁴.

L'ottenimento di questi risultati pone in discussione le modalità con cui è stata sempre analizzata, gestita e organizzata l'attività di produzione/erogazione dei servizi sanitari che, seguendo una logica di tipo funzionale, ha dato luogo ad una gestione anch'essa di tipo *funzionale*; questa logica, infatti, raggruppa le risorse, sia umane sia materiali, in base alle funzioni omogenee a cui esse fanno capo dal punto di vista aziendale.

E' evidente, come una visione di tipo funzionale dell'azienda, privilegiando il raggiungimento di condizioni di efficienza aziendale attraverso la divisione e la specializzazione dei compiti^{15 16}, non consenta di focalizzare l'attenzione su quello che dovrebbe essere il risultato ultimo dell'attività di produzione/erogazione: la soddisfazione del fruitore! Questo risultato può essere raggiunto solo attraverso una gestione delle attività aziendali che si focalizzi sulla efficacia, flessibilità e razionalizzazione delle attività che si realizzano attraverso un rapporto diretto o indiretto con il fruitore¹⁷.

¹⁴ Diridollou B. – Vincent C., *Le client au coeur de l'organisation. Le management par les processus*, Les Editions d'Organisation, Paris, 1997, pag. 24: "Aujourd'hui dans la société post-taylorienne dans laquelle nous sommes, l'entreprise doit faire face à un changement de paradigme. Il ne s'agit plus en effet de produire plus au moindre cout, mais de répondre mieux et plus vite à une demande moins forte, changeante et plus adulte. Les capacités de réactivité et de flexibilité aux besoins implicites et explicites des clients deviennent des facteurs discriminants par rapport à la concurrence".

¹⁵ La struttura gerarchico-funzionale presenta vari pregi e difetti. I pregi sono connessi alle condizioni di efficienza che consente di raggiungere grazie alla concentrazione delle risorse che hanno una specializzazione analoga nella stessa funzione; e, di conseguenza, la crescita di competenze e di professionalità che la riunione in un'unica funzione di operatori dotati delle stesse conoscenze consente di ottenere. I difetti sono collegati soprattutto al proliferare di livelli gerarchici, che determina problemi di comunicazione e di coordinamento all'interno della stessa funzione e la perdita della visione d'insieme dell'azienda. Cfr.: Brusa L., *Strutture organizzative d'impresa*, Giuffré, Milano, 1979, pag. 128 e segg..

¹⁶ Bernardi G. – Biazzo S., *Reengineering e orientamento ai processi*, in *Sviluppo & Organizzazione*, n. 150, 1995, pag. 40: "In base ai noti principi dello *Scientific Management*, tale <divisione> si attua attraverso la parcellizzazione e la specializzazione dei compiti, portando, sul piano complessivo, ad una sempre più accentuata differenziazione delle unità organizzative. La ricerca dell'efficienza attraverso le <curve di esperienza> derivanti dalla specializzazione conduce all'adozione, sul piano della struttura organizzativa, del modello cosiddetto funzionale".

¹⁷ Bernardi G. – Biazzo S., *Reengineering e orientamento ai processi*, op. cit., pag. 41: "L'esigenza attuale di una maggiore capacità di soddisfare il cliente e di una maggiore flessibilità nell'ottica della gestione del cambiamento come leva competitiva (e non solo quindi come capacità di adattamento), rende sempre più critiche la ricerca e l'implementazione di nuovi strumenti di integrazione da <inserire> nella struttura esistente, a tal punto da porre in discussione i principi basilari del modello tradizionale di divisione del lavoro e stimolare un ripensamento radicale dell'organizzazione stessa".

Si tratta, cioè, di adottare una gestione focalizzata sui *processi* che vengono realizzati nell'ambito aziendale. Occorre, tuttavia, precisare che questa tipologia di approccio alla gestione non rappresenta certo una novità per le aziende, ma piuttosto si configura come l'esplicazione e successiva formalizzazione delle modalità con cui le varie attività aziendali sono effettivamente realizzate.

La definizione di processo generalmente adottata in dottrina è quella sviluppata da Hammer e Champy¹⁸, ma nel contesto analizzato è più aderente la definizione elaborata da Ferioli, Iazzolino e Miglioure, per i quali “un processo è una sequenza di operazioni più o meno complesse accomunate dal fatto di trasformare un input in un output ben distinto, nel senso che questo ha un valore percepito e riconosciuto dal cliente, esterno o interno al processo, cui è indirizzato”¹⁹, che pone in evidenza le peculiarità principali del processo.

L'adozione di una gestione focalizzata sui processi consente di avere una visione integrata delle attività realizzate nell'azienda, evidenziando le interdipendenze che esistono tra tali attività indipendentemente dalla tipologia di struttura organizzativa adottata dall'azienda: “il processo diventa cioè una chiave di lettura fondamentale dell'organizzazione; l'analisi dei processi genera un insieme di informazioni sulla rete di attività, costituendo così un importante *database* aziendale sulle modalità di funzionamento e di consumo delle risorse che prescinde dall'assetto strutturale”²⁰. Ogni processo, infatti, attraversando la struttura organizzativa²¹, mostra le diverse unità operative che vi partecipano, evidenziando le esigenze di coordinamento che sono necessarie²². Ciò consente,

¹⁸ I due Autori definiscono “<processo di business> un insieme di attività che richiede uno o più tipi di input e crea un output che ha valore per il cliente”. Hammer M. – Champy J., *Ripensare l'azienda*, Sperlin & Kupfer, Milano, 1994, pag. 41.

¹⁹ Ferioli C. – Iazzolino G. – Miglioure P., *Il Business Process Reengineering e i modelli della Teoria Organizzativa: analisi critica e indicazioni per una metodologia di progettazione organizzativa*, in Atti del Convegno: *Re-Ingegnerizzazione e rigenerazione. Ripensare l'impresa per affrontare le sfide della nuova economia*, Torino, 04/07/97.

²⁰ Bernardi G. – Biazzo S., *Analisi e rappresentazione dei processi aziendali*, in *Sviluppo & Organizzazione*, n. 156, 1996, pag. 24.

²¹ Bernardi G. – Biazzo S., *Analisi e rappresentazione dei processi aziendali*, op. cit., pag. 20: “Nella nozione di processo aziendale non è dunque rilevante l'allocatione organizzativa delle singole attività, che spesso rende poco visibile il processo [...]”.

²² Olivieri M., *La gestione e l'organizzazione per processi*, in *De Sanitate*, Aprile-Maggio, 1998, pag. 35: “Si pensi ad esempio al processo di pagamento della fattura relativa all'acquisto del filo di sutura. Sono corresponsabili l'operatore sanitario che genera il fabbisogno di tale materiale, il responsabile degli acquisti, che emette l'ordine, il responsabile del magazzino che riceve il

inoltre, all'azienda di ripensare alle modalità con cui sono realizzate le varie attività di produzione/erogazione, al fine di acquisire maggiore efficacia, individuando gli aspetti di tali attività che sono critici per il fruitore e da sottoporre, quindi, a miglioramento, maggiore efficienza, attraverso l'individuazione dei possibili miglioramenti nell'utilizzo delle risorse, e maggiore economicità, grazie alla flessibilità che consente di rispondere prontamente alle sollecitazioni dell'ambiente.

Nel caso dell'azienda sanitaria, la focalizzazione sui processi consente di evidenziare le fasi a cui è interessato il fruitore durante l'erogazione del servizio, ad esempio, nel caso del ricovero, in regime di elezione, presso una struttura ospedaliera le fasi delle attività a cui esso è interessato possono, grosso modo, essere individuate nelle seguenti (figura 1): arrivo nella struttura; accettazione seguita da ricovero; visita medica, esecuzione degli esami ematochimici e radiologici, definizione della diagnosi, cura e fase finale della dimissione. Orbene, ognuna delle precedenti fasi a sua volta può essere articolata in successivi processi che ne evidenziano le diverse sotto fasi fino al grado di dettaglio utile per l'analisi; inoltre, ognuna delle fasi precedentemente indicate fanno capo, dal punto di vista organizzativo, a differenti reparti o divisioni, tuttavia, la loro osservazione in termini di processo consente di evidenziare l'interrelazione che esiste tra le attività che sono fondamentali per l'esperienza del fruitore.

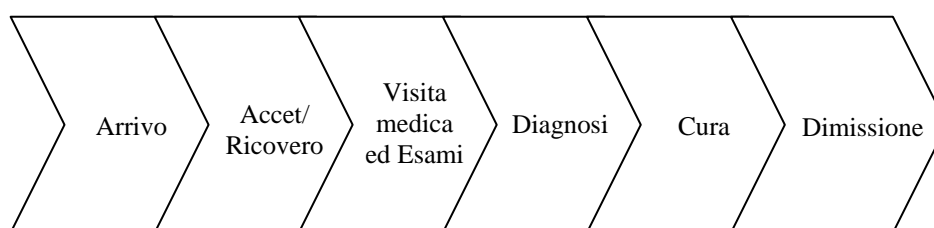


Figura 1 - Le fasi principali del processo di ricovero in regime di elezione

quantitativo acquistato, il responsabile della contabilità che rileva le informazioni, il responsabile della ragioneria che effettua il pagamento”.

L'azienda deve, quindi, come punto di partenza, individuare i diversi processi nell'ambito delle attività realizzate²³; in seguito, deve sviluppare una gestione per processi (a cui dovrebbe seguire una strutturazione dell'organizzazione basata sui processi), i cui momenti essenziali possono essere individuati nei seguenti²⁴:

- individuazione dei clienti esterni (i fruitori-pazienti nel caso delle aziende sanitarie) e dei clienti interni (gli operatori aziendali) delle diverse fasi in cui si articola un processo;
- determinazione delle esigenze e delle priorità dei clienti esterni ed interni;
- valutazione degli eventuali scostamenti esistenti fra le aspettative dei clienti, esterni ed interni, ed i risultati degli output;
- individuazione delle diverse tipologie di processi esistenti e dei fattori critici di successo di ognuno²⁵;
- realizzazione dei miglioramenti necessari per l'ottimizzazione di tutto il processo;
- individuazione per ogni processo di un diretto responsabile, *Process Owner*, della gestione del processo stesso, il quale avrà il compito di coordinare le risorse necessarie nell'ambito del processo, oltre ad essere responsabile dell'output del processo; i Process Owner individuati, a loro volta, faranno

²³ Oriani G., *Ma il processo è rappresentabile?*, in *Sviluppo & Organizzazione*, n. 156, 1996, pag. 31: "Il primo passo per l'analisi di un processo è la sua individuazione, che ne presuppone la definizione dei confini. In altre parole, è centrale saper <estrarre> un processo dall'intricata massa di attività che si svolgono in azienda".

²⁴ Cfr.: Olivieri M., *La gestione e l'organizzazione per processi*, in *De Sanitate*, Aprile-Maggio, 1998, pagg. 35-36.

²⁵ Una possibile suddivisione dei diversi processi aziendali è stata riportata da Bernardi G. – Biazzo S., *Reengineerin e orientamento ai processi*, op. cit., pag. 34; i quali rifacendosi alla ripartizione proposta da Earl (Earl M. – Khan B., *How new is Business Process Redesign?*, in *European Management Journal*, Marzo, 1994) individuano i seguenti processi:

- *Core processes*: sono i processi chiave (le attività primarie nella catena del valore), centrali per il funzionamento del business. Hanno un impatto diretto sui fattori critici di successo dell'impresa e presentano generalmente legami diretti con i clienti esterni.
- *Support processes*: hanno clienti interni e rappresentano il <back office> dei processi chiave.
- *Business network processes*: sono i processi che si estendono oltre i confini dell'impresa, coinvolgendo fornitori e clienti. La riprogettazione di tali processi può consentire di ridefinire la missione e il posizionamento dell'azienda all'interno della catena del valore del settore.
- *Management processes*: sono i processi con i quali vengono pianificate, gestite e controllate le risorse, ad esempio, la gestione delle risorse umane, la gestione delle informazioni ed il monitoraggio delle performance".

capo ad una figura, *Business Owner*²⁶, responsabile delle performances di tutti i processi.

Nella gestione dei processi occorre, tuttavia, far sì che questi ultimi rispondano a tre caratteristiche che possiamo considerare fondamentali ai fini dell'efficacia e dell'efficienza di tale gestione: l'empowerment del personale, la semplicità del processo ed il suo costo di funzionamento²⁷.

In primo luogo, gli operatori²⁸ che lavorano in contatto diretto con i fruitori, o che si occupano di operazioni a forte valore aggiunto devono essere fortemente motivati e coinvolti nelle loro attività in modo da creare uno spirito di gruppo (*group empowerment*²⁹) che condivida la logica dei processi ed, inoltre, devono disporre di una elevata autonomia decisionale³⁰; in secondo luogo, i processi devono essere molto semplici³¹; in terzo luogo, il funzionamento del processo non deve essere costoso, altrimenti dà luogo ad una prestazione costosa e virtualmente meno competitiva; in ogni caso, occorre avere una perfetta conoscenza dell'entità di tale costo.

²⁶ Busellu G. – Costantin P. – Merlino M., *L'organizzazione process driven*, in *Sviluppo & Organizzazione*, n. 142, 1994, pag. 112: "Se immaginiamo l'azienda come un organismo umano, il business owner è il cervello e i process owner sono i principali organi vitali, ciascuno con l'obiettivo di eseguire gli ordini impartiti dal cervello, autoregolamentandosi al fine di mantenere l'equilibrio interno al corpo".

²⁷ Cfr.: Diridollou B. – Vincent C., *Le client au coeur de l'organisation. Le management par les processus*, op. cit., pagg. 71-73.

²⁸ Olivieri M. – Quattrocchio G., *La strategia della qualità: un modello per la sanità*, in *Progettare per la Sanità*, n. 42, 1997, pag. 56: "Sono infatti le risorse umane che portano a compimento le ristrutturazioni, le riorganizzazioni interne ed esterne necessarie, che aggiungono valore al servizio e alle prestazioni offerte ai cittadini e che incidono sulle spese globali del sistema. E' stato infatti riscontrato che il successo delle aziende cosiddette <eccellenti> sta proprio nel fatto che hanno riscoperto il valore delle persone e in particolare il fatto che persone istruite, formate, motivate e informate sanno prendere molte più decisioni di quanto non si pensi".

²⁹ Giuli M., *Motivare i dipendenti nel lavoro per processi*, in *L'Impresa*, n. 1, 1996, pag. 65: "All'interno di questi gruppi, pertanto, le persone acquisiscono una solida preparazione comune sulle aree di apprendimento, incrementando così la loro polivalenza operativa e rendendo più omogeneo, nel rispetto delle diverse personalità, lo stile relazionale richiesto dal loro ruolo di clienti e fornitori".

³⁰ Giuli M., *Motivare i dipendenti nel lavoro per processi*, op. cit., pag. 64: "[...] il lavoro per processi è in grado di affermarsi solo se, oltre alla dimensione organizzativa e alla relativa architettura informatica, viene prestata la dovuta attenzione al sistema sociale dell'impresa, attraverso un piano di sviluppo del personale. Nello specifico, gli obiettivi strategici ai quali potrebbe mirare un piano di sviluppo del personale collegato con interventi di ridisegno dei processi appaiono essere per lo meno tre, e cioè la creazione di competenza, di cooperazione e di coinvolgimento".

³¹ Diridollou B. – Vincent C., *Le client au coeur de l'organisation. Le management par les processus*, op. cit., pag. 73: "Nous entendons par <simple> des processus où les opérations ont fait l'objet de regroupements, où peu de personnel intervient et où l'enchaînement des opérations est réduit ° sa plus stricte expression. Face à un tel processus on image mal comment mieux faire... c'est tout dire!".

La peculiarità, tuttavia, che più di ogni altra cosa deve connotare un processo è la sua focalizzazione sulla soddisfazione delle attese dei fruitori, ossia la sua capacità di essere *customer driven*³² (guidato dal cliente). Ciò significa, quindi, che la costruzione dei vari processi deve essere fatta tenendo presente soprattutto la soddisfazione dei bisogni dei fruitori³³; e proprio tale metro di analisi deve essere utilizzato per la verifica della congruità nella realizzazione dei processi principali³⁴ (*Core Processes*).

La focalizzazione dei processi sulle esigenze dei fruitori si presenta come una esigenza non eludibile soprattutto nei servizi pubblici, i quali in molti casi sono stati gestiti secondo una logica burocratica ed autoreferenziale, che ha prodotto gravi forme di miopia sulla individuazione dell'effettivo obiettivo della erogazione delle prestazioni sanitarie: la soddisfazione dei fruitori.

Negli ultimi anni, tuttavia, si sta assistendo nel settore pubblico ad una riprogettazione dei processi di gestione, che sta interessando soprattutto i Comuni³⁵ e le aziende sanitarie³⁶, volta ad orientare questi ultimi sull'analisi delle

³² Cercola R. – Coletti M., *L'impresa che assicura il cliente*, Etas Libri, Milano, 1995, pag. 71: "Infatti, dall'analisi competitiva e strategica deve derivare l'indicazione, insieme agli elementi quantitativi, dei fattori critici di successo per competere nel settore, cioè di quelli che hanno impatto maggiore rispetto alla soddisfazione del cliente. Declinando tali fattori in termini di caratteristiche di performance dei singoli processi e quindi delle singole attività, si rende l'intero processo aziendale *customer driven*, cioè orientato ad assumere caratteristiche gestionali che si adattano alle variabili esigenze del cliente finale".

³³ Risulta, al riguardo, interessante analizzare il caso di un ospedale di Stoccolma, il Karolinska Hospital, che seguendo tale logica si è riorganizzato secondo una logica *processes customer driven*. "Attualmente il Karolinska Hospital è organizzato per <malattia>, il che significa che differenti specialisti (anestesisti, cardiologi, chirurghi, etc.) lavorano assieme per curare le differenti tipologie di malattie del paziente con rapidità, efficienza e soddisfazione". Ancarani F., *Dal Business Process Reengineering al Customer Centered Reengineering*, in Atti del Convegno: *Re-Ingegnerizzazione e rigenerazione. Ripensare l'impresa per affrontare le sfide della nuova economia*, op. cit., pag. 14 del paper.

³⁴ Lorino Ph., *Le déploiement de la valeur par les processus*, in *Revue Française de Gestion*, Juin-Juillet-Aout, 1995, pag. 56: "L'analyse de certains processus prioritaires peut servir à identifier les imperfections et les dysfonctionnements de chaînes d'activités transversales et à réaliser des actions d'optimisation par rapport aux attentes des clients (suppression de goulets d'étranglement, élimination de duplications et d'activités redondantes, remplacement d'enchaînements séquentiels de tâches par des opérations parallèles et simultanées, synchronisation bases de données, mise en place de circuits d'information latéraux...)".

³⁵ Si veda l'esperienza che interessò il Comune di Roma analizzata da Montironi M. – Genova M., *Ripensare i processi organizzativi per migliorare i servizi al cittadino*, in *Azienditalia*, n. 8, 1998, pag. III dell'inserto e segg.. Gli Autori utilizzano, al riguardo, un modello di analisi (pag. VI dell'inserto) che consente di evidenziare le relazioni di servizio che si instaurano tra tutti gli attori coinvolti nell'erogazione del servizio. "Ogni relazione tra i ruoli coinvolti nel processo può essere idealmente scomposta in quattro fasi:

- la richiesta del servizio o manifestazione del bisogno da parte del <cliente-cittadino>;
- la negoziazione/accettazione della richiesta da parte del fornitore del servizio;

esigenze dei fruitori a cui far seguire un'offerta di servizi efficace, in modo che i servizi pubblici siano "ripensati a partire dai bisogni dei cittadini, dalla loro esigenza di equità, efficienza, trasparenza e rapidità"³⁷. Ciò richiede, di conseguenza, la necessità di mettere continuamente in discussione i processi individuati, in modo da adeguarli sempre meglio alle attese dei fruitori ed alla loro evoluzione, attraverso la reingegnerizzazione dei processi aziendali, che consiste nel "ripensamento di fondo e il ridisegno radicale dei processi aziendali finalizzato a realizzare straordinari miglioramenti nei parametri critici delle prestazioni, come i costi, la qualità, il servizio e la rapidità"^{38 39}.

4.4 – Il percorso assistenziale

Il Sistema sanitario italiano è stato al centro di complessi processi di cambiamento che non sempre hanno mostrato intenti e traiettorie evolutive immediatamente compatibili. Basti pensare alla legge n. 833/78 che ha prospettato una risposta al fabbisogno di coordinamento individuando nell'U.s.l. l'unico interlocutore per la domanda di salute dei cittadini, mentre il D. L.vo n. 502 ha esercitato una grossa tensione verso l'efficienza di sistema attraverso la moltiplicazione dei soggetti di offerta (le aziende ospedaliere, l'attività libero professionale intramuraria), la modificazione dei rapporti con il privato (per es., sostituendo le gare di appalto per l'acquisto di servizi alle convenzioni), la

-
- l'esecuzione della richiesta;
 - la verifica da parte del cliente del rispetto delle condizioni di soddisfazione concordate con il fornitore".

³⁶ Si veda, al riguardo, l'esperienza della USSL 27 di Labella Danzi L. – Landau J. – Rappini V., *Un modello di simulazione per il reengineering del ricovero ordinario: l'esperienza della USSL 27 di Cernusco sul Naviglio*, in *Mecosan*, n. 25, 1998, pag. 123 e segg.; e il caso riportato in seguito su l'Azienda Policlinico Universitario A. Gemelli.

³⁷ Montironi M. – Genova M., *Ripensare i processi organizzativi per migliorare i servizi al cittadino*, *op. cit.*, pag. III dell'inserto.

³⁸ Hammer M. – Champy J., *Ripensare l'azienda*, *op. cit.*, pag. 37.

³⁹ Si veda anche: Rodighiero L. – Cerruti C., *La reingegnerizzazione al di là delle mode*, in *L'Impresa*, n. 1, 1995, pag. 71.

ridefinizione dei confini e la strumentazione manageriale prevista per le ex U.s.l (France 1999).

La sedimentazione progressiva di interventi sul sistema sanitario nel suo complesso ha contribuito alla complessità dell'ambiente in cui le odierne aziende sanitarie si trovano ad operare. A ciò si aggiunge la strutturale sovrapposizione dei livelli decisionali (Stato, Regioni, ecc.) che fanno riferimento a organi di governo tra di loro autonomi e non sempre coordinati. Inoltre sulle odierne aziende sanitarie viene esercitata una forte pressione istituzionale sulla performance e sui risultati conseguiti, pressione sicuramente ricollegabile alla visibilità dell'intervento pubblico.

Alla complessità ambientale, si associa quella del sistema organizzativo aziendale dovuta a fenomeni quali (Ruffini 1996):

- la numerosità degli elementi da trattare a partire dai servizi da erogare fino alla numerosità delle funzioni aziendali;
- la forte interdipendenza tra le attività che deve essere gestita in virtù dei servizi da erogare;

A tali fenomeni, endemici nelle organizzazioni sanitarie, si è data nel tempo una risposta nella:

- progressiva ampiezza della dimensione orizzontale a causa del decentramento delle strutture di offerta, del decentramento delle responsabilità e della ridotta presenza di uffici di staff e dirigenza intermedia;
- pervasività della funzione amministrativa che molto spesso viene vissuta dalle professioni sanitarie come un vincolo.

Tale livello di complessità richiede modalità di intervento non riconducibili a paradigmi di progettazione razionale della struttura organizzativa o meccanismi di semplificazione nel trattamento delle informazioni, ma all'aumento delle capacità di apprendimento organizzativo e di socializzazione delle informazioni. Ciò appare possibile se si addivene ad un punto di equilibrio tra l'organizzazione lineare, dominata dal modello funzionale, e l'organizzazione

circolare che pone al centro il paziente e tenta di operare per obiettivi, sviluppando sinergia e tempestività⁴⁰.

Tale punto di equilibrio può essere rintracciato nella dimensione del processo produttivo sanitario collegato ad uno specifico problema di salute⁴¹. In altre parole, solo analizzando la tipologia di attività che una o più strutture di offerta producono, per soddisfare una specifica domanda di salute, è possibile valutare complessivamente l'outcome del paziente; infatti, esso non può essere associato ad una singola prestazione, ma è il risultato di una concatenazione di interventi sanitari ed organizzativi che devono essere gestiti complessivamente.



Figura 2 - Esempificazione del processo produttivo sanitario collegato ad uno specifico problema di salute

In più. La centralità del processo consente di ribaltare di 90° il tradizionale criterio di progettazione organizzativa, quello della divisione e specializzazione del lavoro, e di porre le esigenze del paziente e le potenzialità di professionisti e strutture sanitarie al centro dell'intervento organizzativo.

⁴⁰ Salvemini e Piantoni 1991

⁴¹ In questo contributo per processo produttivo sanitario si fa sempre riferimento alla concatenazione di attività e risorse (materiali ed umane) collegate ad uno specifico problema di salute.

4.5 – I fabbisogni di integrazione ed il percorso assistenziale

La necessità di integrare attività eterogenee nasce dal fatto che molte di esse sono interdipendenti⁴². Tale fabbisogno risulta prioritario se lo svolgimento delle attività avviene in ambienti ad elevata specializzazione e richiede un elevato scambio di informazioni e di risorse. Ciò è quanto caratterizza il processo produttivo sanitario che si sviluppa, nella stragrande maggioranza dei casi, attraverso:

- ambiti di cura diversi ed autonomi (per es, l'ospedale, lo specialista territoriale, il medico di medicina generale, ecc.);
- professionalità diverse (da quelle amministrative a quelle medicospecialistiche) coinvolte da un fitto scambio di informazioni;
- meccanismi di finanziamento diversi (dalla quota capitaria fino alle tariffe DRG) che inducono comportamenti e convenienze differenti.

Queste peculiarità producono *fabbisogni di integrazione orizzontale*, poiché, per migliorare l'intero profilo dell'offerta sanitaria ed il risultato di salute del il paziente, occorre integrare orizzontalmente l'intera catena di attività da cui il processo è composto. Quindi è la riflessione sul miglioramento della risposta sanitaria in termini clinici, organizzativi ed economici che spingere a porre al centro dell'attenzione il processo piuttosto che la singola prestazione, i meccanismi di coordinamento piuttosto che la struttura organizzativa.

La centralità del processo sanitario spinge non solo ad una analisi delle attività del processo stesso, ma soprattutto delle interdipendenze; a tale scopo è possibile recuperare i contributi del *process management* e del *process reengineering* che si fondano sull'analisi sui flussi di attività allo scopo di migliorarli⁴³.

L'analisi delle interdipendenze permette nonsolo di comprendere le relazioni interne tra leattività esistenti, ma anche di evidenziare le relazioni tra

⁴² Grandori 1995.

⁴³ Hammer e Champy 1993; Devenport 1993.

decisioni organizzative e tra gli schemi cognitivi degli attori rispetto alle variabili organizzative⁴⁴. A ben vedere, per il processo produttivo sanitario, nella stragrande maggioranza dei casi, le interdipendenze non sono relative unicamente alle attività, ma soprattutto alle decisioni organizzative dei professionisti che hanno in cura il paziente. Infatti, la scelta del set di accertamenti diagnostici piuttosto che l'invio del paziente a specifiche strutture di offerta, sono esempi di specifiche decisioni organizzative che rispecchiano gli approcci cognitivi dei professionisti. L'analisi delle interdipendenze non può limitarsi alle attività, ma deve verificare i criteri e le scelte organizzative che i professionisti compiono nella gestione del paziente. Si tratta, quindi, di fabbisogni di integrazione orizzontale non solo per quel che concerne le attività, ma soprattutto i criteri decisionali, gli approcci gestionali che i diversi professionisti adottano nel trattamento del medesimo problema di salute. Integrare le scelte ed i comportamenti organizzativi fa sì che i diversi operatori, lungi dal rinunciare all'autonomia professionale, ingenerino un circuito "virtuoso" di comportamenti non uniformi bensì coerenti rispetto all'intero processo sanitario ed al problema di salute globalmente inteso. In questo modo ogni contributo professionale è coerentemente integrato nello sviluppo del processo e non si limita alla singola prestazione.

Tale fattispecie di fabbisogno di integrazione non può essere soddisfatto "manovrando" la struttura organizzativa, ma richiede formule e strumenti nuovi, alternativi rispetto a quelli tradizionali di coordinamento (gerarchia, prezzo, voto, norma, regola, ecc.) e capaci di modificare i comportamenti organizzativi, chiedendo ai professionisti di mettere in discussione le proprie mappe cognitive. Il percorso assistenziale rappresenta uno strumento per soddisfare tale fabbisogno di integrazione orizzontale, in quanto rappresenta non solo *la migliore sequenza spaziale e temporale delle attività da svolgere, sulla base delle conoscenze tecnicoscientifiche e delle risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione*⁴⁵, ma *soprattutto induce comportamenti organizzativi che consentono al paziente di ottenere la migliore risposta sanitaria possibile*. Infatti, il percorso assistenziale prevede sì l'analisi delle attività che vengono compiute a

⁴⁴ Camuffo 1997.

⁴⁵ Casati e Vichi 2002.

fronte di un problema di salute, per giungere ad un miglioramento clinico, economico ed organizzativo dell'intero processo, ma fa del confronto multidisciplinare il motore del cambiamento organizzativo. Infatti, solo dal confronto intraprofessionale ed interprofessionale è possibile garantire un insieme di comportamenti organizzativi coerenti tra di loro ed efficaci rispetto al risultato di salute del paziente.

4.6 – Le interdipendenze del processo produttivo sanitario

Attraverso l'analisi delle interdipendenze tra attività, decisioni organizzative e schemi cognitivi non si propone una rivisitazione del processo produttivo, tentando un approccio ingegneristico o razionale centralizzato, ma si intende superare l'aspetto strutturale e statico delle organizzazioni sanitarie, attraverso la progettazione di uno strumento che consenta una relazione stabile tra professionisti e strutture diversi. Infatti, lo studio della tipologia di interdipendenze del processo sanitario, per sua natura complesso, rappresenta un metodo di analisi, diagnosi e progettazione organizzativa⁴⁶. Ma qual è la tipologia di interdipendenza del processo produttivo sanitario, così come inteso in questa sede?

La tabella n. 1 propone una sintesi delle tipologie di interdipendenza presente in letteratura, mentre in figura n. 3 viene presentato il crescente livello di complessità dell'interdipendenza a partire da quella sequenziale fino a quella intensiva. La figura esemplifica come la forma più complessa ingloba e comprende la tipologia meno complessa.

⁴⁶ Perrone 1990.

<p>Associativa (Grandori 1995)</p>	<p>Si riferiscono a relazioni di associazione e prevedono la condivisione di sforzi per realizzare un'azione comune</p>	<p>GENERICA (Thompson 1988): attività, attori e compiti contribuiscono con il proprio output ad un risultato complessivo o quando ricevono come proprio input risorse o informazioni da una fonte comune</p> <p>INTENSIVA (Grandori 1995): attività, attori co-agiscono, definendo autonomamente le azioni da compiere ed aggiustandole reciprocamente per raggiungere un output comune</p>
<p>Transazionale (Williamson 1981)</p>	<p>Concernono il trasferimento di beni o servizi attraverso un'interfaccia tecnologicamente separata</p>	<p>SEQUENZIALE (Thompson 1988): l'input della seconda attività è rappresentato dall'output della prima sia dal punto di vista logico che cronologico</p> <p>RECIPROCA (Thompson 1988): l'input della seconda attività è rappresentato dall'output della prima e viceversa; le relazioni di scambio avvengono in momenti distinti.</p> <p>DI GRUPPO (Van de Ven, Delbecq e Koenig 1976): l'input dell'una è data dall'output dell'altra attività e le relazioni di scambio avvengono simultaneamente</p>

Tabella 2 - tipologie di interdipendenza. Fonte Camuffo 1997



Figura 3 - Complessità delle tipologie di interdipendenza

Dopo aver diagnosticato la tipologia di interdipendenza, occorre progettare i meccanismi di coordinamento coerenti. Infatti, questi ultimi possono essere elementari (quali regole, norme, standard, incentivi, ecc.) per interdipendenze a bassa complessità, fino ad arrivare a meccanismi complessi di coordinamento che agiscono sull'allineamento culturale rispetto a specifici obiettivi.

In tabella n. 2 viene riportata una schematizzazione dei meccanismi di coordinamento collegati al diverso livello di complessità delle interdipendenze.

Interdipendenze semplici	<ul style="list-style-type: none"> • Regole • Norme • Standard • Programmi • Procedure • Incentivi (pay for performance, quasi prezzi interni)
Interdipendenze intermedie	<ul style="list-style-type: none"> • Gerarchia piena • Gerarchia decentrata • Relazioni laterali e decisioni congiunte • Organi di integrazione
Interdipendenze complesse	<ul style="list-style-type: none"> • Allineamento culturale ad obiettivi • Diritti di proprietà e ricompensa residuale • Controllo gerarchico o incrociato residuale

Tabella 3 - tipologia di interdipendenza e meccanismi di coordinamento Fonte: Grandori, 1995

All'aumentare della complessità dell'interdipendenza, infatti, ed in presenza di conflitti di interesse, di elevata incertezza e di specificità o insostituibilità di risorse e/o attori, è necessario progettare meccanismi di coordinamento indiretti che orientino i comportamenti organizzativi sulla base della condivisione culturale. La specificità del processo produttivo sanitario e l'elevata connotazione professionale delle aziende sanitarie, definite da Mintzberg burocrazie professionali, disincentiva l'utilizzo di meccanismi di coordinamento quali il controllo gerarchico o incrociato residuale a fronte di livelli elevati di interdipendenza.

Infatti, nelle organizzazioni ad alta differenziazione ed interdipendenza tra le unità funzionali, si riduce l'impiego di meccanismi predefiniti e/o accentrati (procedure, programmazione, standardizzazione, gerarchia, ecc) e s'intensifica l'utilizzo di strumenti ad hoc, partecipativi, come le relazioni orizzontali dirette, le decisioni interfunzionali congiunte, i gruppi di lavoro, i ruoli e gli organi dedicati al coordinamento (Lawrence e Lorsch 1967; Galbraith 1973).

Ciò che si sostiene in questa sede è che per migliorare la risposta sanitaria a livello aziendale occorre presidiare l'elevato fabbisogno di integrazione orizzontale dovuto ad interdipendenze di tipo intensivo che non sono governabili attraverso la struttura organizzativa, ma richiedono meccanismi di coordinamento che orientino i comportamenti organizzativi dei professionisti.

Ciò significa che è opportuno creare meccanismi di coordinamento che producano l'allineamento culturale ad obiettivi. Quale allineamento culturale è auspicabile per migliorare l'intero processo sanitario?

In primo luogo, è auspicabile un confronto interprofessionale rispetto ai criteri di ingresso a specifici percorsi, ovvero alle condizioni cliniche del paziente che inducono all'avvio del trattamento. Sebbene questo tema sia oggetto di studio della comunità scientifica che ha prodotto indirizzi e linee guida che danno risposta a tale esigenza, risulta difficile a livello aziendale garantire che gli indirizzi scientifici si traducano in comportamento organizzativo. Ciò è possibile solo se questa fattispecie di confronto diviene parte integrante di strumenti aziendali di coordinamento orizzontale, quale il percorso assistenziale.

In secondo luogo, occorre che il confronto interprofessionale si focalizzi sulle modalità di invio e di accesso alle strutture di offerta. In questo modo si rende esplicito il ruolo degli attori rispetto alla concatenazione di attività e prestazione finalizzate alla realizzazione del risultato di salute.

In ultima istanza, dal confronto interprofessionale nasce una maggiore consapevolezza rispetto ai criteri di impiego delle risorse sanitarie collegate ad una data patologia. Il confronto, infatti, induce alla lettura del fenomeno economico in scala aziendale piuttosto che discreta (relativa al singolo caso).

L'allineamento culturale che il confronto interprofessionale induce è relativo, quindi:

- alla maggiore visibilità dell'intero processo che viene esplicitato e monitorato non solo relativamente alle sue attività, ma soprattutto rispetto al coordinamento tra di esse. Ciò ribalta la tradizionale prospettiva di intervento del professionista che solitamente è orientato all'efficacia della singola prestazione piuttosto che dell'intero processo sanitario;
- la riduzione della variabilità del comportamento clinico ed organizzativo, in quanto i professionisti si trovano ad operare in "rete" ed a implementare criteri clinici, di accesso alle strutture e di impiego di risorse condivise;
- l'esplicitazione dei ruoli non solo formali, ma effettivi nella concatenazione delle attività del processo.

4.7 – Gli organi di integrazione orizzontale

Per soddisfare il fabbisogno di integrazione orizzontale, così come descritto nel paragrafo 3, occorre istituire dei meccanismi di coordinamento che rendano l'organizzazione più flessibile, tagliando trasversalmente la struttura organizzativa e dando enfasi al processo sanitario.

Se lo strumento che consente di "sbilanciare" l'organizzazione sul processo e di appagare i fabbisogni di integrazione orizzontale è il percorso, occorre riflettere su quali debbano essere gli organi chiamati alla progettazione del percorso stesso. Si tratta, in ogni caso, di organi paritetici che sono alimentati dal confronto interprofessionale e dalla socializzazione della conoscenza e dell'esperienza su aspetti clinici, organizzativi ed economici.

In una logica sistemica, è pensabile, paradossalmente, che nelle aziende sanitarie debba essere il sapere socializzato piuttosto che quello individuale a creare potere. Infatti, nel primo caso è possibile trasformare le conoscenze cliniche in ottima risposta sanitaria, mentre nel secondo caso si consegue al massimo l'ottima prestazione. La socializzazione delle conoscenze produce una sorta di effetto moltiplicativo sul risultato di salute complessivo del paziente.

Ma come è possibile avviare il confronto e la socializzazione delle conoscenze più evolute a livello aziendale per soddisfare il fabbisogno di integrazione orizzontale?

La complessità delle interdipendenze induce alla scelta di meccanismi di integrazione quali *gruppi di lavoro interfunzionali* piuttosto che veri e propri *organi di integrazione* (Rugiadini 1979). I primi sono gruppi temporanei o ricorrenti che focalizzano l'attenzione su processi di comunicazione, decisione, programmazione e coordinamento particolarmente complessi. I secondi, invece, rappresentano organi esterni e nuovi, rispetto alle unità da integrare, con proprio personale e proprie risorse.

La scelta dell'una o dell'altra soluzione di coordinamento non può essere fatta per via teorica, ma in ragione:

- della struttura organizzativa aziendale;
- della complessità delle unità organizzative da integrare;
- della tipologia di processo sanitario rispetto al quale si intendono soddisfare i fabbisogni di integrazione orizzontale.

Si pensi alla diversa complessità, per esempio, di un processo sanitario interamente sviluppato all'interno dei confini aziendali (per es., il percorso del paziente iperteso senza fattori di rischio o danno d'organo) piuttosto che quello che potrebbe coinvolgere anche strutture esterne all'azienda e/o private accreditate (per es., il percorso del paziente ictalico).

Lo studio delle interdipendenze del processo produttivo sanitario non può condurre in alcun caso a teorie o modelli universalistici, a causa di una serie di specificità imprescindibili del processo stesso, quali:

- Il problema di salute a cui si intende prestare cura ed assistenza;
- la variabilità del comportamento clinico;
- la specificità di più contributi professionali;
- l'assetto organizzativo aziendale;
- la strutturazione dell'offerta aziendale.

In molti casi risulta un'operazione astratta identificare un problema di salute che spesso si manifesta associato ad altre patologie (si pensi, ad esempio,

alla commistione tra diabete ed ipertensione). In tale situazione appare opportuno riferirsi a reali bacini di utenza, piuttosto che a pazienti ipertesi o diabetici astrattamente identificati.

Inoltre, a parità di patologia da trattare, molti appaiono gli approcci e gli orientamenti clinici che inducono risposte sanitarie altamente differenti. Tale differenza viene enfatizzata anche dalla strutturazione territoriale dell'offerta: per es., la presenza o meno di strutture private, degli specialisti territoriali, delle risorse infermieristiche, ecc. Inoltre l'assetto organizzativo aziendale ed il clima aziendale suggeriscono specifiche soluzioni nella progettazione dei meccanismi di coordinamento.

4.8 – Il percorso assistenziale in regime di day-surgery

Il percorso assistenziale in regime di chirurgia diurna appare assai diverso da un percorso utilizzato da procedure ordinarie. Infatti, l'utilizzo di un percorso da svolgere nel brevissimo periodo deve comportare l'utilizzo di tecniche e criteri snelli ed efficaci. Si pone l'attenzione su quattro fasi salienti che caratterizzano un percorso assistenziale in regime di day-surgery:

- la fase di **“pre-ospedalizzazione”**
- la **“cartella clinica”**
- le **“dimissioni”**
- il **“controllo di qualità”** percepito dal paziente

L'approccio che si è cercato di seguire, è stato formalizzato dalla creazione di *schede* utili al monitoraggio di queste fasi.

4.9 – La fase di pre-ospedalizzazione

La prima fase è caratterizzata dalla capacità di acquisire quante più informazioni da parte del paziente da sottoporre ad una procedura del genere.

Valutazione per l'intervento

Questionario per il paziente

NOME:.....

Data di nascita:.....

Indirizzo:.....

Città:.....

Il questionario deve essere compilato con l'aiuto di un infermiere

Barrare le caselle corrette

Riesci a raggiungere casa con la tua auto?

SI	NO
----	----

Hai qualcuno che ti accompagna a casa?

SI	NO
----	----

Hai il telefono a casa?

SI	NO
----	----

Hai facile accesso al bagno?

SI	NO
----	----

Hai qualcuno che ti sorveglia per 24 ore?

SI	NO
----	----

DATA

/ /

Hai mai avuto le seguenti patologie?

Dolore al petto?

SI	NO
----	----

Insufficienza respiratoria

SI	NO
----	----

Asma

SI	NO
----	----

Bronchite

SI	NO
----	----

Pressione sanguigna alta

SI	NO
----	----

Soffio al cuore

SI	NO
----	----

Convulsioni

SI	NO
----	----

Problemi urinari o al rene

SI	NO
----	----

Anemia o altri problemi sanguigni

SI	NO
----	----

Epatite

SI	NO
----	----

Grave indigestione o bruciore di stomaco

SI	NO
----	----

Diabete

SI	NO
----	----

Artrite

SI	NO
----	----

Dolori muscolari (distrofia musc.) o debolezza

SI	NO
----	----

Dolori agli arti inferiori

SI	NO
----	----

Hai un pacemaker?

SI	NO
----	----

Allergie?

SI	NO
----	----

se si, quando?.....

Se si, in che occasione:

a.	A riposo	SI	NO
	Supino	SI	NO
	In esercizio	SI	NO
	Salendo le scale	SI	NO
b.	quanto riesci a camminare prima che ti venga l'affanno?	me	
		tri:	

Se si, è:

Controllato da dieta	SI	NO
Controllato con insulina	SI	NO

Se si per quale sostanza:

.....

Hai mai avuto una malattia grave (se si, quale)?.....

Se sei una donna, sei incinta o usi la "pillola" o anticoncezionali?.....

(nota bene: se usi la "pillola" devi smettere di prenderla al massimo 4 settimane prima dell'intervento)

Hai le seguenti (prego cerchiare):

Protesi dentarie
Fissa o mobile

Corone ai denti

Lenti a contatto

Apparecchio
acustico

Pacemaker

Prendi regolarmente medicine (tavolette,
pasticche, iniezioni, inalazioni)

SI

NO

Fumi (sigarette/pipa)

SI

NO

Bevi più di 750ml di alcolici/superalcolici al
giorno

SI

NO

Se sì,
specificare.....

Fai uso di droghe?

SI

NO

Se sì quali?.....

Quali interventi chirurgici hai subito prima:

Prego elencare

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Tipi di anestesia usata

Generale/Spinale/Perdurale/Locale

Generale/Spinale/Perdurale/Locale

Generale/Spinale/Perdurale/Locale

Generale/Spinale/Perdurale/Locale

Generale/Spinale/Perdurale/Locale

C'è **qualcos'altro** che il chirurgo/anestesista deve sapere?

.....

Hai **domande** da fare per la

procedura?.....

.....

.....

Conosci se qualche **membro della tua famiglia** ha avuto reazioni con gli
anestetici?.....

Se sì, quali, quando e

perché.....

Chi lo accompagna e

come.....

GRAZIE PER AVER COMPLETATO IL QUESTIONARIO

Risulta di estrema importanza questa fase perché si riescono ad avere le informazioni essenziali per poter procedere all'inquadramento del soggetto sottoposto a tale regime. Questa scheda viene somministrata al paziente prima di entrare nell'effettivo percorso. Il paziente che viene sottoposto ad un intervento di chirurgia ambulatoriale deve comunque essere un paziente non soggetto a complicanze e soprattutto deve avere una serie di *facility* come un accompagnatore, un mezzo di locomozione, un telefono, un facile accesso al bagno e qualcuno che lo sorvegli per 24 ore.

Altro aspetto importante è se il soggetto presenti o meno altre patologie che potrebbero interferire con quella attuale e se abbia avuto in precedenza altri interventi chirurgici e con quale tipologia di anestesia siano stati trattati.

Il riuscire ad inquadrare un paziente risulta fondamentale per evitare la presenza di “colli di bottiglia” in un percorso così veloce.

Il secondo aspetto della fase di pre-ospedalizzazione risulta essere la prenotazione dell'intervento chirurgico che avviene dopo una visita ambulatoriale.

La compilazione della scheda di prenotazione viene eseguita da un infermiere professionale generalmente inserito nell'Unità di day-surgery.

L'infermiere professionale dovrà riportare tutte le informazioni che il medico dell'ambulatorio ha appreso dalla visita medica sul paziente in causa ed i relativi esami da effettuare. Altro elemento di estrema importanza è se effettuare o meno la visita anestesiológica e che tipo di anestesia somministrare al paziente. . A questo punto l'infermiere può fissare la data dell'intervento chirurgico.

Un ulteriore ragguaglio, utile per il corretto utilizzo della procedura di prenotazione è l'essere al corrente se il paziente faccia uso di farmaci antiaggreganti e anticoagulanti da dover interrompere in data antecedente l'intervento.

Quanto detto sopra può essere chiarito dalla scheda riportata qui di seguito.

Prenotazione intervento in "DAY SURGERY"

Prenotazione _____ del ____/____/____ U.O. _____ Dott. _____

Cognome _____ Nome _____ Nato il ____/____/____

Residente in _____ Via _____ n° _____ Tel _____

C.R.A. _____ Diagnosi _____

Anestesia prevista _____

Intervento programmato per il giorno _____

Farmaci antiaggreganti e anticoagulanti: interrompere dal ____/____

Screening Ematochimico	NO	SI	Il / /
E.C.G.	NO	SI	Il / /
Visita Cardiologica	NO	SI	Il / /
RX Torace	NO	SI	Il / /

Altri esami.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ☐ EMOGRUPPO
- ☐ ANALISI URINE
- ☐ GLICEMIA
- ☐ AZOTEMIA
- ☐ CREATININEMIA
- ☐ VES
- ☐ TAS
- ☐ EMOCROMO CON FORMULA
- ☐ PT
- ☐ PTT
- ☐ CONTA PIASTRINE
- ☐ QPE
- ☐ SGOT-SGPT
- ☐ COLINESTERASI
- ☐ HCV Ab
- ☐ Hbs Ag

Visita Anestesiologica	NO	SI	Il / /
------------------------	-----------	-----------	--------

Cartelle cliniche precedenti _____

Comunicato data esami ed intervento

il ____/____/____ da _____

Consegnate istruzioni preoperatorie

il ____/____/____ da _____

NOTE _____

Richiesta esami pre-operatori

Gentile

Signore/ra _____

Il suo intervento è programmato per il giorno _____

Per l'esecuzione dell'intervento è necessaria l'effettuazione dei seguenti esami presso l'Azienda Ospedaliera "XY":

Esami ematochimici SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Il giorno _____	A digiuno dalla mezzanotte si presenti in DAY SURGERY (accettazione) per il prelievo del sangue. Allo sportello comunichi <u>SUBITO</u> il suo nome e cognome, per accedere alla preospedalizzazione ed essere sottoposto al prelievo.
Radiografia torace SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Il giorno _____	Si presenti in DAY SURGERY per la radiografia del torace. Allo sportello comunichi <u>SUBITO</u> il suo nome e cognome, per essere indirizzato alla Radiologia potendo accedere al percorso preferenziale riservato agli utenti del Day Surgery.
Elettrocardiogramma SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Il giorno _____	Si presenti in DAY SURGERY per l'esecuzione dell'elettrocardiogramma.
Visita anestesiológica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Il giorno _____	Si presenti in DAY SURGERY per l'esecuzione della visita anestesiológica (anestesia). Si ricordi di portare con se l'eventuale documentazione clinica già in possesso e la terapia che assume.

ALTRO

ATTENZIONE!! Non è necessaria nessuna impegnativa del medico curante.

Successivamente la fase di prenotazione, l'infermiere incaricato dell'Unità di day surgery, dovrà compilare la scheda di "*richiesta degli esami pre-operatori*". Tale scheda racchiude gli esami che il paziente deve o meno fare per l'attuazione dell'intervento. Alcuni di questi esami sono richiesti a discrezione del medico che ha compiuto la visita ambulatoriale. La scheda, infatti, presenta una serie di informazioni riguardanti gli esami ematochimici, la radiografia al torace, l'elettrocardiogramma e la visita anestesiológica. Una volta individuati gli esami da fare, il paziente dovrà recarsi tempestivamente presso l'Unità di day-surgery per compiere gli esami richiesti.

Informazione importante per il paziente risulta essere la non necessaria impegnativa del medico curante.

Ulteriori schede che caratterizzano la fase di "pre-ospedalizzazione" sono i consensi informati sia per l'intervento chirurgico che per l'anestesia.

Nella day-surgery il consenso del malato si arricchisce di un particolare significato, poiché la dimissione di norma avviene il giorno stesso in cui è stato eseguito l'atto chirurgico.

Il consenso assume il significato di accettazione da parte del paziente dell'iter proposto e di assunzione di responsabilità per quanto compete l'osservanza delle indicazioni comportamentali fornite.

L'informazione deve riguardare:

- le condizioni cliniche;
- la tecnica di anestesia prescelta, i rischi e le complicanze ad essa connesse, la possibilità che la tecnica venga modificata in corso di intervento qualora l'anestesista lo ritenesse opportuno;
- la tecnica chirurgica proposta, le eventuali complicanze, i rischi correlati alla mancata effettuazione dell'intervento e le modalità di preparazione.

Per alcune indagini, per trattamenti che prevedono l'uso di emoderivati e per gli interventi chirurgici è necessario il consenso informato e scritto, che prevede la firma di un documento in cui si evidenziano i rischi e le modalità del procedimento diagnostico o terapeutico di interesse.

In rispetto alla Legge n. 675 del 31/12/1996 (Legge sulla Privacy) il cittadino può decidere con dichiarazione firmata, al momento del ricovero, a chi possono essere comunicate notizie rispetto al proprio stato di salute.

Consenso informato all'intervento chirurgico in regime di Day Surgery

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____
tutore/genitore di _____ acconsento a sottopormi/che il minore, nato
a _____ il _____ venga sottoposto alla seguente procedura
chirurgica _____ indicazioni, caratteristiche, scopi e ragionevoli
alternative alla quale, mi sono stati spiegati in modo chiaro ed esauriente dal
dott _____.

Dichiaro di essere stato informato:

1. sul tipo di strumenti ed eventuali materiali protesici che verranno utilizzati;
2. sul metodo operativo e sui possibili rischi e complicanze, immediati e futuri, legati alla procedura, pur se condotta con perizia, prudenza e diligenza;
3. sui possibili rischi relativi al mio stato di salute;
4. sui vantaggi ottenibili dall'intervento, nonché sugli svantaggi della mancata esecuzione dello stesso;
5. sulla durata e sui possibili disagi da sopportare durante e dopo l'esecuzione della procedura e sul suo costo, se dovuto;
6. sulla mia libera facoltà di scegliere di eseguire l'intervento chirurgico in regime di ricovero ordinario (con oltre 48 ore di ricovero);
7. sulla eventualità di trasformare il ricovero in Day Surgery in ricovero ordinario qualora le mie condizioni dopo l'intervento non rispondessero ai criteri di dimissibilità.

Esigo che siano rispettate, nel corso del ricovero, le seguenti mie indicazioni:

Data _____

(firma del paziente)

Alle domande da me poste è stato risposto in modo chiaro ed esauriente dal
dott. _____, per cui acconsento all'esecuzione dell'intervento.

(firma del paziente o del tutore legale) (firma del medico)

(firma e generalità degli eventuali testimoni)

Acconsento inoltre a sottopormi ad eventuali misure terapeutiche, inclusa l'eventuale trasfusione di sangue eterologo, che si rendessero necessarie od opportune, prima, durante e dopo l'attuazione di tale procedura.

(firma del paziente)

Modulo di informazione e consenso all'anestesia in regime di Day Surgery

Gentile Signore/a _____ La informiamo che da un'attenta valutazione del Suo stato generale di salute, in rapporto all'intervento chirurgico programmato per Lei in regime di ricovero diurno (Day Surgery), è emerso che la procedura anestesiológica è una anestesia _____. Tuttavia la informiamo che, per motivi di ordine clinico, potrebbe essere necessario modificare la tecnica di anestesia proposta, ad es.

Durante l'anestesia Le verrà assicurato un controllo clinico e/o strumentale dei parametri vitali, adeguato alle Sue condizioni cliniche e all'intervento chirurgico in atto.

L'anestesia moderna è sicura. Tuttavia, come accade per tutte le discipline mediche, pur attuata con perizia, diligenza e prudenza, non è esente da possibili complicanze anche grave; in particolare la procedura anestesiológica proposta per il Suo intervento chirurgico può anche se raramente, dar esito alle seguenti complicanze aggiuntive:

La informiamo inoltre, della possibilità per motivi clinici, del prolungamento del ricovero anche per le ore notturne.

Le forniremo delle istruzioni scritte riguardanti il periodo preoperatorio e postoperatorio alle quali Lei dovrà strettamente attenersi, inoltre un recapito telefonico al quale rivolgersi in caso di necessità.

E' indispensabile che Lei abbia le seguenti disponibilità:

- ☞ Avere un telefono sempre raggiungibile;
- ☞ Una persona capace e responsabile che L'accompagni dopo la dimissione e che l'assista nelle prime 24 ore;
- ☞ Pernottare a non più di un'ora di macchina dall'ospedale dove è stato eseguito l'intervento o da un ospedale di riferimento.

data

(firma del medico)

.....
Dichiaro che il medico Dott. _____, mi ha fornito esaurienti informazioni sul trattamento anestesiológico che mi è stato proposto, sulle possibili complicanze, sulle potenziali tecniche alternative e sui sistemi di monitoraggio delle funzioni vitali utilizzati durante l'intervento; inoltre, di aver avuto risposte soddisfacenti a tutti i quesiti posti e di aver compreso le informazioni contenute nel presente modulo.

Accetto pertanto di sottopormi alle procedure necessarie.

A tale proposito dichiaro:

- Di osservare scrupolosamente le prescrizioni mediche nel periodo pre e postoperatorio;
- Di avere la disponibilità di un telefono;
- Di disporre di una persona capace e responsabile che mi accompagni dopo la dimissione e che mi assista nelle prime 24 ore
- Pernottare a non più di un'ora di macchina dall'ospedale dove eseguirò l'intervento o da un ospedale di riferimento.

Chiedo, che siano rispettate, nel corso del ricovero, le seguenti mie indicazioni:

data

(firma del paziente)

La legge italiana prevede che i medici e gli operatori sanitari possono curare una persona solo quando questa è d'accordo e dà il consenso informato. Il malato deve, cioè, poter decidere se vuole essere curato per una malattia: ha il diritto/dovere di conoscere tutte le informazioni disponibili sulla propria salute, chiedendo al medico ciò che non è chiaro, e di scegliere, di conseguenza in modo informato, se sottoporsi ad una determinata terapia.

Esistono due forme di Consenso Informato, verbale e scritto. Il consenso deve essere scritto nei casi in cui l'esame clinico o la terapia medica possono comportare gravi conseguenze per la salute e l'incolumità della persona. Se il consenso è rifiutato, il medico ha l'obbligo di non eseguire o di interrompere l'esame clinico o la terapia in questione. Il consenso scritto è anche obbligatorio, per legge, quando si dona o si riceve sangue, nei casi in cui si assume un farmaco ancora sperimentale, negli accertamenti di un'infezione da HIV. Negli altri casi, soprattutto quando è consolidato il rapporto di fiducia tra il medico e l'ammalato, il consenso può essere solo verbale ma deve essere espresso direttamente al medico.

Se la cura considerata prevede più fasi diverse e separabili, ogni fase necessita di un consenso separato: la persona malata deve dare il suo consenso per ogni singola parte di cura. È legittimo revocare un consenso già dato ed interrompere una cura in corso, sempre che questo non sia materialmente impossibile o non metta a serio rischio la vita della persona.

La fase di pre-ospedalizzazione viene completata con le “*istruzioni pre-operatorie*” da somministrare al paziente prima dell'intervento. Si evidenzia che la non osservanza delle istruzioni potrebbero causare il rinvio dell'intervento. Queste informazioni risultano importanti per il corretto svolgimento della preparazione dell'intervento, cercando di responsabilizzare il paziente facendogli osservare scrupolosamente le operazioni da svolgere.

Altri elementi utili di questa fase sono le rappresentazioni grafiche del corpo umano che permettono al medico di evidenziare la parte del corpo su cui intervenire chirurgicamente. In questo modo, il paziente potrà con chiarezza effettuare la tricotomia sulla parte interessata per l'intervento.

Quanto affermato sopra può essere chiarito visualizzando la scheda qui di seguito.

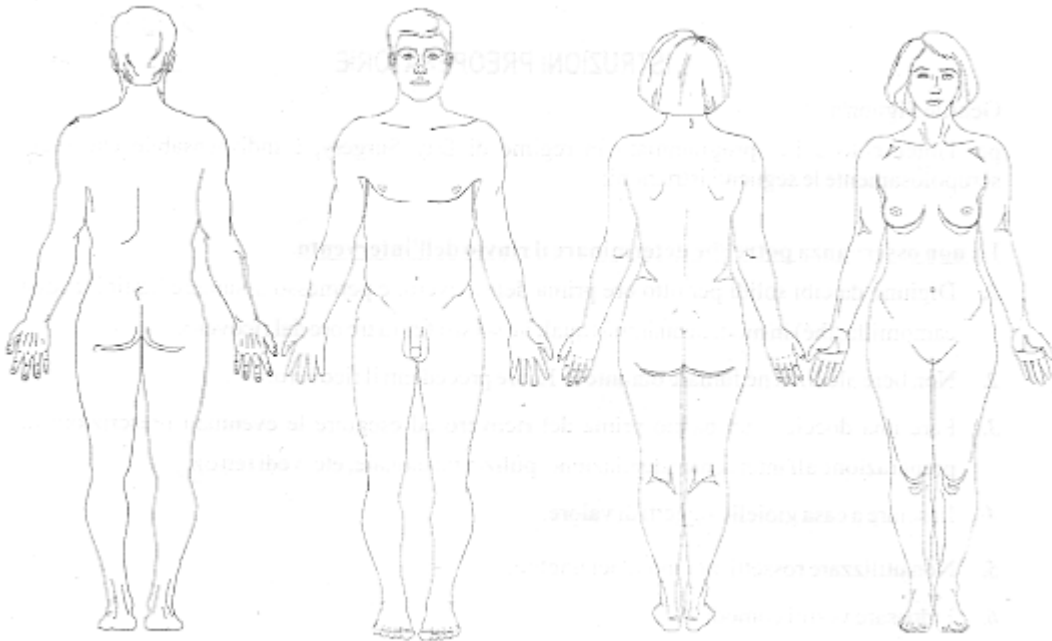
Istruzioni preoperatorie

Gentile Signore/a,
per l'intervento a Lei programmato in regime di Day Surgery, è indispensabile che segua scrupolosamente le seguenti istruzioni:

La non osservanza potrebbe determinare il rinvio dell'intervento.

1. Diggiuno da cibi solidi per otto ore prima del ricovero; è permesso assumere liquidi (acqua, camomilla, thè) in modica quantità (qualche sorso) fino a tre ore dal ricovero
2. Non bere alcolici, né fumare durante le 12 ore precedenti il ricovero.
3. Fare una doccia o un bagno prima del ricovero ed eseguire le eventuali prescrizioni di preparazione all'intervento (depilazione, pulizia intestinale, etc. vedi retro).
4. Lasciare a casa gioielli, oggetti di valore.
5. Non utilizzare rossetti, né smalti per unghie.
6. Indossare vestiti comodi.
7. Assumere i farmaci abituali **se non esplicitamente controindicati dal medico**, fino al giorno dell'intervento compreso.
8. Accertarsi della disponibilità di una persona adulta che l'accompagni a domicilio dopo la dimissione e l'assista nelle prime 24 ore post intervento.
9. Segnalare all'atto del ricovero, eventuali variazioni dello stato di salute.
10. Ricordarsi una volta ricoverato, di rimuovere eventuali protesi (protesi dentarie mobili, lenti a contatto, occhiali).
11. Segnalare qualunque impedimento all'esecuzione dell'intervento, telefonando al numero **081/12345678 dalle ore 10.00 alle ore 14.00 dal lunedì al venerdì**.
12. Il giorno del ricovero presentarsi **a digiuno** alle ore _____ presso la segreteria della Day Surgery munito di tessera sanitaria e di eventuale documentazione medica utile per l'intervento.
13. Altro _____

Preparazione all'intervento



- ☞ **DOCCIA:** fare una doccia la sera prima dell'intervento
- ☞ **DIETA:** assumere una cena leggera la sera prima dell'intervento ed osservare il digiuno dalla mezzanotte
- ☞ **PULIZIA INTESTINALE:** (quando prescritta, praticare peretta evacuante o supposta alla glicerina la sera prima dell'intervento)
- ☞ **TRICOTOMIA:** (depilazione) la sera prima dell'intervento, depilare la zona indicata secondo schema mediante applicazione di CREMA DEPILATORIA
- ☞ **ALTRO:** _____

(firma dell'infermiere)

(firma del paziente)

4.10 – La cartella clinica

La seconda fase del percorso assistenziale è caratterizzata dallo sviluppo della “cartella clinica”.

La cartella clinica si può definire come il fascicolo nel quale si raccolgono i dati anamnestici e obiettivi riguardanti il paziente ricoverato, quelli giornalieri sul decorso della malattia, i risultati delle ricerche e delle analisi effettuate, quelli delle terapie praticate e infine la diagnosi della malattia che ha condotto il paziente in ospedale.

Secondo il DPR n. 128 del 27.3.69 il primario è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all'archivio centrale. La direzione sanitaria deve essere infatti fornita di un archivio clinico, e tra i compiti del direttore sanitario vi è anche quello di vigilare sull'archivio delle cartelle cliniche e di ogni altra certificazione sanitaria riguardante i malati assistiti in ospedale.

Il DPR 14 marzo 1974 n. 225 rammenta che è precipuo compito anche dell'infermiere professionale di conservare "tutta la documentazione clinica sino al momento della consegna agli archivi centrali", oltre che la possibilità di annotare "sulle schede cliniche gli abituali rilievi di competenza" al pari di quanto, limitatamente alle proprie competenze, può fare l'infermiere generico.

Il DPCM 27 giugno 1986 detta principi in tema di compilazione della cartella clinica, che possono servire da generico riferimento e ausilio anche per uno schematico approccio alla documentazione sanitaria da esibire in ambito pubblicistico.

Nella compilazione della cartella debbono risultare per ogni ricoverato le generalità complete, la diagnosi di entrata, l'anamnesi familiare e personale, l'esame obiettivo, gli esami di laboratorio e specialistici, la diagnosi, la terapia, gli esiti e i postumi. Le cartelle cliniche, firmate dal medico curante e sottoscritte dal medico responsabile di raggruppamento, dovranno portare un numero progressivo ed essere conservate a cura della direzione sanitaria.

Traspare in tutta evidenza che la cartella deve essere completa di tutti i dati significativi relativi alla degenza del paziente e deve riflettere quanto effettivamente è stato per lui fatto.

Ulteriore valore ricostruttivo del significato contenutistico della cartella clinica è fornito dalla Suprema Corte allorché ammonisce essere tale documento un "diario diagnostico-terapeutico, nel quale vanno annotati fatti di giuridica rilevanza quali i dati anagrafici ed anamnestici del paziente, gli esami obiettivi, di laboratorio e specialistici, le terapie praticate, nonché l'andamento, gli esiti e gli eventuali postumi della malattia (Cass. Pen. Sez. Un., 27 marzo 1992).

Oltre che nei requisiti formali la funzione certificatoria è da considerare anche nella sua parte sostanziale componendosi in essa i requisiti di veridicità, di completezza, di correttezza formale e di chiarezza. Devesi altresì ricordare l'importanza da consegnare al tempo di redazione della cartella clinica, che per "sua natura è un acclaramento storico contemporaneo".

Le annotazioni vanno pertanto fatte contemporaneamente all'evento descritto. Essa deve essere redatta in pendenza di degenza (salvo ovviamente le annotazioni relative al decesso) e secondo la sequenza cronologica della registrazione di eventi, per cui l'incalzare dei fatti" riduce sensibilmente la possibilità di registrazioni tardive. Infatti la contestualità può non essere intesa in maniera rigorosa, ma nel rispetto di alcuni limiti temporali, quali un equo tempo di riflessione clinica, il rispetto della sequenza cronologica nella registrazione degli eventi e l'estensione in pendenza di degenza.

Recente giurisprudenza, afferma che: "la cartella clinica adempie la funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti, per cui gli eventi devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi. Ne consegue che (all'infuori della correzione di meri errori materiali) le modifiche e le aggiunte integrano un falso punibile, anche se il soggetto abbia agito per ristabilire la verità, perché violano le garanzie di certezza accordate agli atti pubblici" (Cass. Pen.).

Il fondamentale rilievo della cartella clinica è sottolineato dal nuovo Codice di Deontologia Medica che qualifica come dovere professionale la sua redazione in forma chiara "con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole di

buona pratica clinica" dovendo essa contenere "oltre a ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate".

In ordine alla conservazione del documento la giurisprudenza stabilisce che "le cartelle cliniche, unitamente ai relativi referti, vanno conservate illimitatamente, poiché rappresentano un atto ufficiale indispensabile a garantire la certezza del diritto, oltre a costituire preziosa fonte documentaria per le ricerche di carattere storico-sanitario".

"In merito alla conservazione, presso l'archivio delle istituzioni sanitarie, delle radiografie non rivestendo esse il carattere di atti ufficiali, si ritiene che potrà essere sufficiente un periodo di venti anni". In analogia a quanto stabilito per le radiografie, si ritiene che la restante documentazione diagnostica possa essere assoggettata allo stesso periodo di conservazione di venti anni previsto per le radiografie stesse, finché non intervengano eventuali ulteriori disposizioni a modificare il limite predetto".

Conflittualità deontologiche emergono in tema di circolazione della cartella clinica posto che, oltre all'interessato, altri possono avere diritto ad ottenerne copia. La normativa cui fare riferimento è il DPR n. 128 del 1969 che all' art. 5 prevede il rilascio agli aventi diritto individuabili oltre che:

- nel paziente stesso;
- alla, persona fornita di delega conformemente alle disposizioni di legge;
- in tutti i soggetti appartenenti al servizio sanitario pubblico;
- al medico curante;
- negli enti previdenziali;
- nell'autorità giudiziaria;
- mentre più discusso è tale diritto, per gli enti di patronato e per la PS.

Il complesso di norme derivate dalla Legge n. 675 del 31 dicembre 1996 sulla tutela della privacy si applica in maniera chiara alla registrazione dei dati sensibili (inerenti cioè la salute e la vita sessuale della persona) di cui la cartella clinica costituisce la massima espressione applicativa.

Nelle schede seguenti vengono presentati i modelli di cartella clinica utilizzati all'interno di un'Unità di day-surgery:

CARTELLA CLINICA

DATA RICOVERO_____N° C/C_____

NOME_____COGNOME_____

NATO A_____IL__/_/____

Se minore indicare la patria potestà_____

RESIDENTE IN_____VIA_____N° ____TEL:_____

ALLERGIE DICHIARATE_____

EMOGRUPPO_____

INTERVENTO PROGRAMMATO_____

SPECIALITA' AFFERENTE_____

STATO CIVILE:

Celibe/Nubile ☐
 Separato ☐
 Vedovo ☐

Coniugato ☐
 Divorziato ☐

PROFESSIONE: (attuale) _____

DATORE DI LAVORO _____ (Comune) _____

MEDICO CURANTE _____

.....

MEDICO INVIANTE _____

CAUSA DEL RICOVERO:

Malattia ☐ Infortunio sul lavoro ☐ Infortunio domestico ☐
 Violenza ☐ Accidentale ☐ Incidente sportivo ☐
 Autolesione ☐ Incidente stradale ☐

PARAMETRI VITALI:

POLSO	RITMICO <input type="checkbox"/>	ARITMICO <input type="checkbox"/>	FREQUENZA n____/min____	
COLORITO	NORMALE <input type="checkbox"/>	PALLIDO <input type="checkbox"/>	CIANOTICO <input type="checkbox"/>	ITTERICO <input type="checkbox"/>
RESPIRO	EUPNEA <input type="checkbox"/>	DISPNEA <input type="checkbox"/>	BRADIPNEA <input type="checkbox"/>	TACHIPNEA <input type="checkbox"/>
P.A.	SISTOLICA_____		DIASTOLICA_____	
T. CORPOREA _____				
ALTEZZA cm. _____			PESO kg: _____	

E' importante evidenziare le informazioni generiche sul paziente (dati anagrafici, emogruppo, eventuali allergie) e soprattutto quelle legate al motivo del ricovero ed ai parametri vitali.

Scheda di accoglienza e preparazione del paziente all'intervento a cura dell'infermiere responsabile

Signor/a _____

1. Le sue condizioni di salute sono variate ultimamente? **SI** ☐ **NO** ☐

se sì, come _____

2. Ha ricevuto prescrizioni preoperatorie? **SI** ☐ **NO** ☐
se sì, le ha rispettate? **SI** ☐ **NO** ☐

3. In particolare

a) è a digiuno da cibi solidi dalla mezzanotte e da liquidi da 3 ore? **SI** ☐ **NO** ☐

b) ha assunto eventuali farmaci? **SI** ☐ **NO** ☐

se sì, quali? _____

c) ha rimosso eventuali protesi (protesi dentarie mobili, lenti a contatto), occhiali, smalto alle unghie, bracciali, anelli, pircing, collane? **SI** ☐ **NO** ☐

d) è accompagnato? **SI** ☐ **NO** ☐

e) ha la disponibilità di un adulto che l'assista per la notte? **SI** ☐ **NO** ☐

☞ Assegnazione del posto letto

☞ Compilazione della grafica

☞ Rilevazione dei parametri vitali

☞ Svuotamento della vescica

☞ Verifica dell'esecuzione della tricotomia (se necessaria) **SI** ☐ **NO** ☐

☞ Verifica dell'esecuzione delle indicazioni chirurgiche **SI** ☐ **NO** ☐

☞ Somministrazione dei farmaci preoperatori (se prescritti) **SI** ☐ **NO** ☐

☞ Tenuta di Sala Operatoria

_____ data

_____ (firma dell'infermiere)

E' necessaria anche una scheda rappresentante l'accoglienza e la preparazione operatoria atta a verificare se effettivamente il paziente abbia rispettato tutte le procedure consone al tipo di percorso operatorio.

Per il personale medico, implicato nella procedura chirurgica, viene sviluppata una scheda di sorveglianza post-operatoria che raggruppa tutte le informazioni necessarie per il controllo "post" dell'intervento.

Le informazioni riguardano il tipo di anestesia utilizzata, la data di inizio e quella di fine oltre alle informazioni sui dati anagrafici del paziente.

. Molto importante risulta la tabella per il controllo orario su pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura, minzione spontanea, deambulazione autonoma, V.A.S., terapia utilizzate ed altre osservazioni, dati utili per il monitoraggio del paziente nel periodo post-operatorio.

L'altra parte della scheda presenta un elenco di voci quali:

- Segni vitali stabili per almeno 1 ora;
- Orientato nel tempo e nello spazio;
- In grado di assumere fluidi;
- In grado di urinare spontaneamente;
- Capace di vestirsi da solo;
- Capace di camminare autonomamente;
- Assenza di nausea e/o vomito;
- Assenza di dolore eccessivo;
- Assenza di sanguinamento eccessivo dalla ferita chirurgica;
- Completa regressione del blocco anestetico (se anestesia L.R.);
- Assenza di cefalea importante (A. subaracnoidea).

Infine la scheda di sorveglianza post-operatoria racchiude informazioni sulla possibile dimissione del paziente, con l'ora dell'ipotetica dimissione, l'esistenza di istruzioni post-operatorie scritte e la terapia farmacologia da utilizzare a domicilio.

Per far comprendere tali notizie viene riportata di seguito la scheda di sorveglianza post-operatoria.

Scheda di sorveglianza postoperatoria

COGNOME _____ NOME _____ ETA' _____ ORA RIC _____ DATA _____ n. CART _____

INTERVENTO _____ ANESTESIA _____

Inizio h. _____ fine h. _____ inizio h. _____
fine h. _____

PRESCRIZIONI POSTOPERATORIE	

- ☐ SEDAZIONE
☐ LOCALE
☐ TRONCULARE
☐ PLESSICA
☐ REGIONALE E.V
☐ SUBARACNOIDEA
☐ EPIDURALE
☐ GENERALE

ORA	P.A.	F.C.	T°	Minzione spontanea	Deambulazione autonoma	V.A.S.	Terapia	Osservazioni

Valutazione per la dimissione ora _____

Segni vitali stabili per almeno 1 ora	NO	SI
Orientato nel tempo e nello spazio	NO	SI
In grado di assumere fluidi	NO	SI
In grado di urinare spontaneamente	NO	SI
Capace di vestirsi da solo	NO	SI
Capace di camminare autonomamente	NO	SI
Assenza di nausea e/o vomito	NO	SI
Assenza di dolore eccessivo	NO	SI
Assenza di sanguinamento eccessivo dalla ferita chirurgica	NO	SI
Completa regressione del blocco anestetico (se anestesia L.R.)	NO	SI
Assenza di cefalea importante (A. subaracnoidea)	NO	SI

Dimesso:

☐ NO _____

☐ SI ore _____ accompagnato da _____

Istruzioni postoperatorie scritte ☐ SI ☐ NO

Terapia farmacologica a domicilio _____

Anestesista

Chirurgo

Infermiere

4.11 – La fase di dimissione

Tutti i pazienti al momento della dimissione ricevono una relazione sanitaria contenente i dati essenziali del ricovero, i risultati degli accertamenti e tutte le indicazioni per la prosecuzione delle cure da portare al proprio medico curante.

La dimissione del paziente viene stabilita dal chirurgo che ha effettuato l'intervento in accordo con l'anestesista ed è subordinata alla verifica dei seguenti parametri, eventualmente con l'ausilio di appositi punteggi di performance:

- recupero completo dell'orientamento temporo-spaziale;
- confermata stabilità cardiocircolatoria;
- confermato recupero dei riflessi di protezione delle vie aeree;
- assenza di problemi respiratori (condizioni sovrapponibili al preoperatorio);
- confermato ripristino della minzione spontanea;
- assenza di sanguinamento;
- minima sensazione di dolore e nausea, compatibili con una gestione domiciliare;
- confermata capacità di assumere liquidi;
- confermata capacità deambulatoria (o comunque di eseguire movimenti sovrapponibili a quelli effettuati nel preoperatorio e consentiti dal tipo di intervento);
- controllo e medicazione della ferita;
- confermata presenza di un accompagnatore;

Al paziente, all'atto della dimissione, deve essere consegnato, oltre alla scheda informativa di cui si è detto in precedenza, una relazione destinata al medico curante contenente tutti gli elementi relativi all'intervento, alla procedura eseguita e alle prescrizioni terapeutiche eventualmente proposte.

Lettera di dimissione

Al Medico Curante del

Sig. _____ricoverato
il _____ con diagnosi di _____

Gli accertamenti preoperatori sono risultati nella norma, ad eccezione
di: _____

E' stato praticato intervento
di: _____

L'osservazione postoperatoria ha dimostrato assenza di complicanze chirurgiche e
di controindicazioni cliniche alla dimissione.

Esame istologico in corso SI NO

A domicilio si consiglia un periodo di riposo di circa giorni _____ s.c., è
comunque consentita una moderata attività fisica (vedi istruzioni allegate). Si
consiglia la seguente terapia:

Il paziente dovrà presentarsi alla visita di controllo e medicazione
il _____ ore _____ presso l'ambulatorio chirurgico della Day
Surgery dell A.O. XY con la documentazione a Lui rilasciata e la lettera di
dimissione.

Per eventuali necessità, seguire attentamente le indicazioni riportate nel foglio
delle istruzioni postoperatorie allegato a questa lettera di dimissione.

Ringraziando per la collaborazione , si porgono cordiali saluti.

Dott. _____

In particolare la relazione dovrà riportare i seguenti elementi:

- breve descrizione dell'intervento chirurgico o della procedura effettuata;
- eventuali condizioni degne di nota, realizzatesi nel periodo perioperatorio;
- trattamenti farmacologici consigliati nell'immediato postoperatorio;

indicazione della struttura reperibile per ogni eventuale comunicazione (recapito telefonico).

Altro aspetto importante è quello del modulo di richiesta di medicinali per il primo ciclo di terapia.

Secondo l'art. 8 lettera C della Legge 405/2001, sugli interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, si evincono particolari modalità di erogazione dei medicinali agli assistiti. Infatti, si può disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale.

La fase finale del processo di dimissione viene individuata con un compendio di informazioni sul decorso post-operatorio da consegnare al paziente al momento dell'uscita dal percorso assistenziale e da utilizzare a domicilio.

La scheda racchiude informazioni sulle norme comportamentali generali e su che cosa potrebbe accadere dopo l'intervento, ossia presenza di dolore post intervento, piccole fitte o mancanza di sensibilità della parte operata e quindi il consiglio di assumere analgesici prescritti.

Inoltre, la scheda continua, evidenziando la possibilità di presenza di febbre sotto i 38°, edema della parte operata, ecchimosi, tracce di sangue, cefalea e parestesie. Si rassicura il paziente spiegando che la presenza di queste complicanze sono normali conseguenze dell'atto operatorio.

Si precisa ancora che, se tali valori dovessero assumere aspetti diversi, il paziente è tenuto a contattare, con una copertura totale delle 24 ore, l'Unità di day-surgery.

In più sono riportate alcune informazioni specifiche in relazione al tipo di intervento, per alcune patologie più frequenti trattate in regime di day-surgery.

RICHIESTA MEDICINALI PER IL PRIMO CICLO DI TERAPIA

(art. 8 lettera C - L. N°405/2001)

Nome e Cognome dell' Assistito _____	
Età _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Codice Regionale dell' Assistito _____	
Comune di residenza _____	
Distretto _____	
DIAGNOSI alla DIMISSIONE _____	
Data di dimissione _____ Reparto/Servizio _____	
<u>PRESCRIZIONE</u>	<u>SPEDIZIONE</u>
Principio attivo _____	Medicinale _____
Forma farm. e dosaggio _____	Forma farm. e dosaggio _____
Posologia _____	N° conf _____
Durata terapia _____	
Principio attivo _____	Medicinale _____
Forma farm. e dosaggio _____	Forma farm. e dosaggio _____
Posologia _____	N° conf _____
Durata terapia _____	
Principio attivo _____	Medicinale _____
Forma farm. e dosaggio _____	Forma farm. e dosaggio _____
Posologia _____	N° conf _____
Durata terapia _____	
Data _____	Data _____
Timbro e firma del Medico <hr style="border: 1px solid black; width: 100%;"/>	Timbro e firma del Medico <hr style="border: 1px solid black; width: 100%;"/>

Informazioni per il paziente sul decorso postoperatorio a domicilio

1. Norme comportamentali generali

- ☞ E' consigliabile astenersi da alcool e fumo nelle 24 ore successive all'intervento.
- ☞ E' consigliabile astenersi dalla guida di veicoli e dal prendere decisioni importanti per le prime 24 ore (l'effetto di eventuali sedativi può prolungarsi nel tempo).
- ☞ E' consigliabile una cauta attività fisica, evitando sforzi eccessivi.
- ☞ La doccia potrà essere fatta solo dopo la rimozione dei punti di sutura, se la ferita è ben consolidata e asciutta.

2. Che cosa succede dopo l'intervento?

- ☞ La parte operata rimane leggermente indolore per qualche ora dopo l'intervento. Lievi bruciori, piccole fitte e/o mancanza di sensibilità sono normali e non richiedono alcun trattamento.
- ☞ La comparsa dopo alcune ore di dolore continuo può essere controllata con degli analgesici orali prescritti, da assumere preferibilmente a stomaco pieno, ripetibile fino a 4 volte nelle 24 ore, anche il giorno successivo all'intervento.
- ☞ Oltre al dolore, nei giorni successivi all'intervento possono comparire:
 - **febbre sotto i 38° C, senza tremori e/o brividi di freddo:** spesso è una normale reazione dell'organismo al trauma operatorio e perciò non deve preoccupare;
 - **edema:** cioè gonfiore nella regione dell'intervento : scompare spontaneamente in 4-5 gg;
 - **ecchimosi:** colorazione bluastra in sede di intervento che tende a scomparire spontaneamente in 7-8 gg;
 - **tracce di sangue:** sulla medicazione è cosa normale;
 - **cefalea:** è una rara conseguenza dell'anestesia spinale, si localizza in sede nucale, normalmente compare in stazione eretta e si attenua in posizione supina. Va trattata mantenendo la posizione consigliata (sdraiati a letto senza cuscini), assumendo abbondanti liquidi e comuni analgesici/antinfiammatori prescritti;
 - **parestesie:** (formicolio o scosse elettriche, alterazioni della sensibilità dell'arto operato) possono comparire come complicanza (rara) dell'anestesia loco-regionale, regrediscono solitamente spontaneamente nell'arco di una settimana.

Tali evenienze sono normale conseguenza dell'atto operatorio e non devono generare alcuna preoccupazione se presenti nelle forme descritte.

ATTENZIONE

Qualora i disturbi da Lei accusati assumessero aspetti diversi:

- ☞ dolore intenso non dominabile con analgesici;
- ☞ febbre sopra i 38° C persistente, con brividi o tremori;
- ☞ franco sanguinamento della ferita;
- ☞ cefalea intensa di durata superiore alle 24 ore;
- ☞ parestesia persistente oltre una settimana;

dovrà avvisare prontamente telefonando ai numeri telefonici indicati nella lettera di dimissione o in alternativa:

Dal Lunedì al Venerdì

**Dalle ore 08.00 alle ore 15.00
(Day Surgery)**

Tel. 081-123456

**Dalle ore 15.00 alle ore 08.00
(?)**

Tel. 081-123456

Il Sabato e tutti i GIORNI FESTIVI nell'arco delle 24 ore

Tel. 081-123456

Informazioni specifiche in relazione al tipo di intervento

☞ **ERNIA INGUINALE:**

per la prima notte si consiglia l'uso di una borsa di ghiaccio da porsi sopra la zona operata. Si raccomanda, per almeno una settimana, un'attività motoria modesta, evitando sforzi fisici intensi e/o prolungati. Si consiglia di assumere una dieta leggera la sera dell'intervento e di bere liberamente, evitando alcolici e liquidi gassati.

☞ **VARICI ARTI INFERIORI:**

è consentita un'attività fisica normale mantenendo la contenzione elasto-compressiva dell'arto operato per i primi 20/30 giorni. La contenzione non è necessaria nel riposo a letto con arto in scarico (per i primi 8 giorni è consigliabile caricarsi con un cuscino posizionato sotto l'arto operato).

☞ **CHIRURGIA DELLA MANO:**

1. evitare di bagnare la ferita;
2. muovere le dita della mano e le parti dell'arto operato non immobilizzate;
3. evitare di eseguire sforzi con l'arto operato;
4. allentare la fasciatura in caso di comparsa di gonfiore delle dita della mano.

(firma dell'infermiere)

(firma del paziente)

4.12 – La soddisfazione del paziente

Una delle logiche primarie della gestione per processi in Sanità è quella di mettere il paziente al centro dei livelli di importanza, quindi appare chiaro, che per poter completare il discorso sul percorso assistenziale, bisogna dare ampio spazio alla comprensione del livello di gradimento che il paziente ha acquisito o meno durante la sua permanenza all'interno della struttura sanitaria.

Questa prospettiva generale, è proseguita con lo studio delle strategie di comunicazione in grado di stabilire nuove forme di relazione tra amministratori e cittadini, ponendo particolare attenzione alle rilevazioni sull'utenza e ai momenti di ascolto potenzialmente capaci di orientare l'istituzione verso i bisogni dei propri cittadini referenti. Il discorso sulla qualità percepita nei servizi socio-sanitari è stato introdotto indicando le motivazioni che hanno spinto le aziende sanitarie italiane ad indagare sulla qualità totale dei servizi e a definirne le dimensioni fondamentali.

Partendo da queste basi, lo studio è proseguito con l'identificazione di tutti gli elementi necessari affinché si realizzi una corretta ed efficace rilevazione della customer satisfaction, arrivando, quindi, all'analisi delle fasi dell'indagine sulla qualità percepita e alla costruzione del questionario quale strumento privilegiato di tale attività..

Il questionario di valutazione che viene riportato raggruppa una serie di informazioni utili al monitoraggio della qualità percepita da cliente/paziente come l'ipotetico incontro di difficoltà nella programmazione del ricovero o l'essere al corrente se le informazioni ricevute sulla programmazione dell'intervento siano state esaurienti.

Si evidenziano anche i livelli di efficienza (insufficiente, sufficiente, buono e ottimo) riferiti all'accoglienza, alla disponibilità da parte del personale, all'igiene dei locali e all'organizzazione interna del reparto.

Il questionario di valutazione prosegue con una serie di domande, sottoposte al paziente, sulla buon esito del percorso e sulla possibilità di dare suggerimenti per il miglioramento del servizio offerto.

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE POST-INTERVENTO E PER LA SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

Signore/a _____ (←facoltativo)

Ricoverato il _____ Intervento: _____

Anestesia ☐Locale ☐Sedazione ☐Spinale
☐Altro (specificare) _____

1. Ha incontrato difficoltà nella programmazione del ricovero?

SI ☐

NO ☐

se sì, quali? _____

2. Le informazioni ricevute sulla preparazione all'intervento Le sono sembrate adeguate?

SI ☐

NO ☐

Se no, perché? _____

3. Quali sono le Sue impressioni in merito a:

	Insuff.	Suff.	Buono	Ottimo
a) accoglienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) disponibilità da parte del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) igiene dei locali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) organizzazione interna al reparto (attese, percorsi, uniformità di informazioni e di competenze del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. I suoi familiari o accompagnatori hanno avuto difficoltà nel rapporto con il personale di reparto?

SI ☐

NO ☐

5. Le informazioni e le prescrizioni ricevute per la gestione del periodo post-intervento a domicilio, Le sono sembrate adeguate?

SI ☐

NO ☐

6. Ha accusato disturbi nel periodo postoperatorio? SI ☐ NO ☐

se si, quali?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| a) nausea/vomito | <input type="checkbox"/> |
| b) febbre | <input type="checkbox"/> |
| c) vertigini | <input type="checkbox"/> |
| d) cefalea | <input type="checkbox"/> |
| e) dolore importante | <input type="checkbox"/> |
| f) difficoltà ad urinare | <input type="checkbox"/> |
| g) sanguinamento ferita chirurgica | <input type="checkbox"/> |
| h) altro | <input type="checkbox"/> |

1. Era stato informato, durante il ricovero, del percorso da seguire nel caso fossero comparsi a domicilio eventuali disturbi/complicanze?

SI ☐ NO ☐

2. . Nel caso si sia reso necessario, è riuscito a contattare il servizio a cui fare riferimento per la risoluzione dei Suoi problemi?

SI ☐ NO ☐

3. I Suoi familiari o accompagnatori hanno avuto difficoltà nell'aiutarla a gestire il periodo postoperatorio a domicilio?

SI ☐ NO ☐

4. Consiglierebbe l'intervento in regime di Day Surgery (con dimissione nella stessa giornata, senza pernottamento)?

SI ☐ NO ☐

5. Ha dei suggerimenti da proporre al fine di migliorare la qualità delle prestazioni?

SI ☐ NO ☐

se si, quali? _____

Si prega di restituire il presente questionario debitamente compilato, al momento della prima visita di controllo post-operatoria o di inviarlo tramite FAX al n. 081-1234556

5 – IL PERCORSO DEL PAZIENTE

5.1 – Introduzione

Il percorso del paziente (PDP) è uno strumento gestionale basato sull'assunto secondo cui, per consentire ai dirigenti medici di attivare le azioni necessarie per governare i risultati sanitari e gestionali di cui sono responsabili, occorre rendere loro disponibile una tipologia di informazione, tendenzialmente di carattere non monetario, che evidenzia il percorso compiuto dai pazienti e le singole attività utilizzate; solo in tal modo è possibile analizzare e controllare i processi sanitari, allo scopo di risolvere gli specifici problemi di salute che ciascun paziente presenta e, quindi, di attivare le azioni ritenute più idonee per garantirne il miglioramento futuro.

Il PDP può essere definito come l'iter complessivo che il paziente segue per risolvere il suo problema di salute, dal momento in cui viene a contatto con la struttura ospedaliera⁴⁷, più specificamente l'iter clinico e organizzativo definito, in ottica *contingency*, dalla sequenza temporale e spaziale delle attività ritenute necessarie per risolvere il problema di salute sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali a disposizione dell'ospedale in un certo periodo storico⁴⁸. Esso descrive quindi il percorso organizzativo e clinico di interventi (cioè di attività) necessari per fornire assistenza a un gruppo di pazienti con una specifica diagnosi o un determinato insieme di sintomi, a un precisato livello di qualità. Il concetto sopra esposto di percorso del paziente deve quindi rimanere distinto dai concetti di:

- linee guida: queste rappresentano raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte dalla comunità medico scientifica, circa le modalità di assistenza più appropriate per una determinata patologia o problema

⁴⁷ I PDP in realtà sono una modalità di rappresentazione e gestione dei processi sanitari che si applica tanto all'iter ospedaliero del paziente quanto a quello territoriale: sia il tratto di percorso ospedaliero, con il livello di dettaglio relativo, sia quello territoriale, per la parte pre e post ricovero (considerando le visite dal MMG, la riabilitazione, gli esami diagnostici preoperatori, le analisi di laboratorio ecc.), rappresentano parti di un iter complessivo di analisi e gestione della patologia secondo la logica del *disease management*.

⁴⁸ Lega 1999

clinico; esse possono costituire un punto di riferimento scientifico nella definizione dei PDP aziendali, ma avendo carattere prescrittivo e non contestualizzato, e limitandosi ad analizzare prevalentemente gli aspetti diagnostici e terapeutici, non consentono di svolgere le stesse funzioni di guida operativa assegnate ai PDP, questi ultimi infatti non hanno carattere prescrittivo, ma si pongono come punto di confronto e controllo della pratica giornaliera, sono in continua evoluzione sulla base dei cambiamenti in atto all'Azienda e affrontano, inoltre, variabili non solo cliniche, ma anche di tipo organizzativo e socioeconomico;

- protocolli di diagnosi e cura: il Ministero della Salute associa a questo termine quello di percorsi diagnostici e terapeutici, ma il suo significato ha più punti in comune con le linee guida piuttosto che con il concetto di processo o, meglio, di gestione per processi a cui si intende riferire i PDP; infatti, questi strumenti assumono carattere prescrittivi e affrontano problematiche esclusivamente diagnostico/terapeutiche, ignorando le problematiche organizzative.

Un'altra differenza fondamentale tra i due concetti sopra esposti e i PDP sta essenzialmente nell'approccio seguito per la loro definizione(figura 4)⁴⁹..

Linee guida e protocolli vengono definiti secondo un approccio *top-down*, focalizzato esclusivamente su aspetti clinici: infatti, società scientifiche, Ministero della Salute, Regioni e altri interlocutori istituzionali definiscono le regole a cui i medici sono tenuti/incoraggiati a conformarsi (atteggiamento impositivo-sanzionatorio), sebbene sia possibile che il percorso clinico così individuato presenti incompatibilità con le caratteristiche dell'organizzazione

⁴⁹ L'approccio descritto, pertanto, si differenzia sostanzialmente non solo da quello idealmente si intende si intende avviare mediante la definizione di linee guida o l'introduzione dei percorsi diagnostico terapeutici, così come erano stati definiti e caratterizzati dal PSN 1998-2000, ma anche dalle applicazioni realizzate nei Paesi di scuola anglosassone, in particolare negli Stati Uniti (Spath, 1994)

Mentre in questi ultimi casi l'orientamento di fondo consiste nel garantire un progressivo e spesso obbligatorio adattamento dei percorsi effettivi verso quelli considerati come "ideali", nell'accezione di percorsi introdotta nel presente lavoro, la definizione di percorsi di riferimento rappresenta il punto di partenza di un processo complesso che, pur nell'ambito di orientamenti generali di comprovata validità scientifica, deve originare l'adozione delle azioni sanitarie, organizzative e gestionali più adeguate per garantire il miglioramento continuo degli approcci normalmente utilizzati nelle singole aziende competenti per risolvere i problemi di salute dei pazienti.

Necessità di strumenti di responsabilizzazione organizzativa rispetto a:
 qualità dell'assistenza, spesa indotta dell'assistenza, presa in carico complessiva del paziente, definizione percorso integrato
 (patologia complessiva *versus* gestione evento acuto)

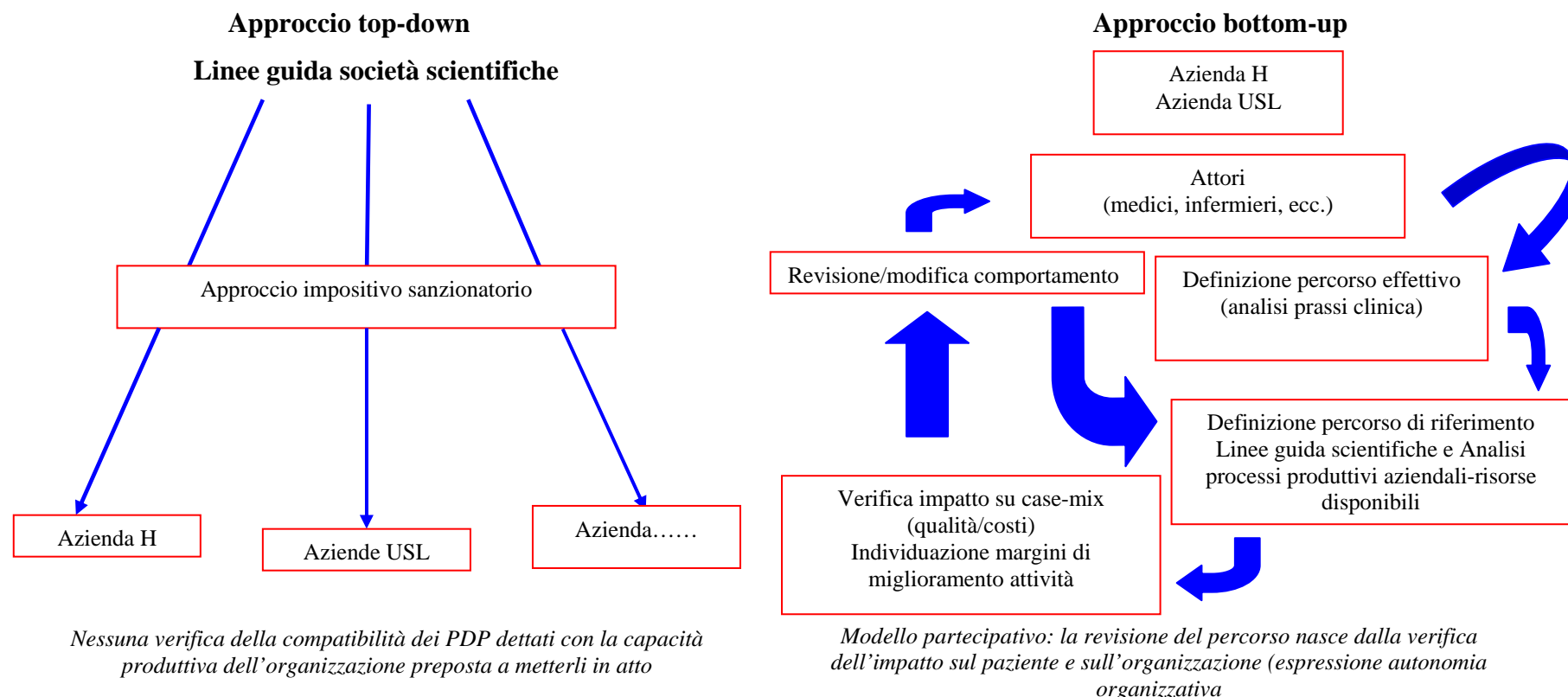


Figura 4 – Differenza nell'approccio di definizione tra linee guida e PDP. Fonte: Cavallo (1999)

che dovrà porlo in atto. Al contrario, l'orientamento ai PDP si caratterizza per un approccio *bottom-up*, in quanto gli operatori sanitari interessati sono coinvolti nella definizione di percorsi che sono continuamente perfezionati e adattati sulla base dell'impatto sui pazienti e sull'organizzazione

In questa prospettiva, il PDP:

- si riferisce esplicitamente a dove, quando e come formulare tempestivamente la diagnosi, eseguire propriamente le specifiche azioni terapeutiche e gestire una patologia nella struttura;
- concentra 'attenzione sulle attività come oggetto fondamentale della gestione, al fine di ottenere un maggior controllo sull'origine dei costi (per esempio riducendo la variabilità nel consumo di risorse per il trattamento della medesima patologia e per migliorare gli aspetti qualitativi percepiti come rilevanti dal paziente (per esempio una tempestiva comunicazione sui contenuti del suo trattamento clinico).

Pertanto, linee guida e percorsi sono sicuramente concetti e strumenti diversi, ma non devono essere visti come alternativi, bensì come complementari, purchè interpretati e utilizzati coerentemente con le proprie finalità.

Infatti⁵⁰:

- le linee guida possono e devono fungere da parametro di riferimento che tende alla definizione delle modalità di trattamento diagnostico terapeutico migliori di un caso clinico sulla base delle conoscenze scientifiche e tecnologiche disponibili in un determinato momento storico e comunque astrattamente stabilite rispetto alle caratteristiche organizzative e gestionali della singola struttura erogatrice⁵¹;
- i percorsi sono invece uno strumento operativo con il quale un gruppo di professionisti e di operatori sociosanitari stabilisce di gestire, sfruttando nel miglior modo possibile le risorse e le conoscenze a disposizione (tra cui le linee guida), un determinato problema di salute e si rende disponibile un sistematico confronto con la realtà effettiva al fine di individuare tutti i possibili interventi migliorativi nel rispetto di quanto

⁵⁰ Cavallo 1999

⁵¹ Cassin, Ottone, 1994; Grilli, Penna, Liberati, 1996

viene riconosciuto efficiente e, sul piano diagnostico terapeutico, efficace nell'abito dell'evidenza scientifica.

La definizione dei percorsi non rappresenta quindi uno strumento per annullare, limitare o “incanalare” l'autonomia clinica dei singoli professionisti, quanto piuttosto uno strumento messo a disposizione e gestito dal singolo professionista per la valutazione e il miglioramento continuo della sua pratica. Infatti, è opportuno:

- la natura stessa dell'attività sanitaria rende i processi seguiti scarsamente standardizzabili, in quanto non perfettamente riproducibili nel tempo secondo le medesime modalità. Anche volendo, sarebbe pertanto impossibile definire percorsi rigorosamente analitici e prescrittivi se non con riferimento a limitati segmenti di processi produttivi complessi o a processi produttivi estremamente semplici e lineari;
- l'esplicazione dei percorsi è comunque operazione volta a definire parametri di riferimento, attraverso i quali avviare un confronto sistematico che porti alle cause che determinano le differenze nei processi, ma senza una connotazione impositiva/normativa per il medico che liberamente, in ragione della propria autonomia ed esperienza professionale, assume le decisioni sulla base delle peculiarità del singolo paziente. Solo in questa veste l'utilizzo dei PDP può assumere un ruolo importante per migliorare la capacità di controllo di gestione del professionista⁵².

L'efficacia del modello proposto, quale strumento di analisi e valutazione dei risultati sanitari e gestionali, viene garantita dalla sua *coerenza* con l'approccio normalmente seguito dai medici nell'affrontare i processi di cura. La capacità di risolvere in modo efficace i problemi dei pazienti, infatti, dipende sostanzialmente da due fattori⁵³:

- la chiara definizione dell'insieme delle azioni da intraprendere rispetto al caso da trattare e alla loro migliore sequenza sul piano temporale;

⁵² Francesconi 1993

⁵³ Casati 1999

- la possibilità per il medico responsabile di disporre degli apporti necessari, al momento più idoneo, forniti dagli altri soggetti coinvolti nella gestione del paziente.

Tali fattori trovano supporto nella definizione e nel monitoraggio dei percorsi, il cui presupposto è l'esplicitazione da parte dei professionisti delle modalità con le quali intendono gestire i diversi problemi di salute che hanno deciso di studiare. In una successiva fase di sviluppo, quindi, è normale che, sulla base del confronto tra percorsi effettivi e percorsi ritenuti "ottimali" o tra percorsi attuati in diverse strutture ospedaliere, si avvii un processo di valutazione dell'appropriatezza dei singoli elementi che compongono i percorsi stessi.

In questo senso, quindi, i percorsi sono:

- uno strumento di misurazione del risultato della gestione delle organizzazioni sanitarie che tende a integrare quelli attualmente in essere ed elusivamente basati su variabili di carattere economico (costi e ricavi). Proprio al fine di evitare che le variabili economiche condizionino fortemente o esclusivamente l'azione sanitaria risulta vincente un approccio che, basandosi sul confronto, esplicita le modalità di gestione dei processi e il risultato sanitario degli stessi;
- una grande opportunità per determinare il costo speciale di produzione per patologia⁵⁴, al fine di rendere l'eventuale responsabilità economica del medico sostenibile e orientata alle dimensioni più significative poiché controllabili;
- uno strumento a valenza prevalentemente organizzativo-gestionale, che aiuta ad affrontare i problemi e le inefficienze relative alla quota rilevante di variabilità con la quale vengono gestiti pazienti con caratteristiche simili. Variabilità che deriva spesso da problematiche legate all'organizzazione, quali la logistica della struttura, le modalità di comunicazione tra settori diversi dell'organizzazione, il coordinamento sulle consulenze e sugli esami diagnostici ecc.;

⁵⁴ Il costo speciale di produzione consta della sommatoria dei costi diretti (personale, materiali sanitari, farmaci, ecc.) e indiretti specifici (consulenze, prestazioni diagnostiche strumentali, ecc.) ascrivibili al dato processo produttivo. Si tratta quindi di un *direct costing* in cui al prodotto vengono imputati costi diretti e quote dei costi indiretti variabili.

- uno strumento di autovalutazione, che comunica all'esterno un'immagine di attenzione dell'azienda alla qualità della propria attività e un'autocertificazione del suo buon funzionamento: un progetto di studio dei PDP può trasformarsi in un'occasione per costruire una campagna di comunicazione con il pubblico, mirata a evidenziare lo sforzo organizzativo di miglioramento intrapreso e a riposizionare l'immagine stessa dell'azienda.

Tali molteplici finalità e potenzialità dello strumento PDP possono tradirsi in risultati concreti laddove si attui, rispetto al singolo processo studiato, il ciclo di miglioramento continuo, che presuppone il confronto tra l'iter d'intervento attivato effettivamente e il percorso di cura di riferimento "ottimale" individuato.

Approfondiamo l'argomento, distinguendo in modo specifico tra:

- *percorso effettivo*: è l'iter concretamente operativo nell'ambito della specifica organizzazione per dare risposta al problema di salute di un paziente;
- *percorso di riferimento*: indica la miglior sequenza temporale e spaziale di attività da svolgere per risolvere i problemi di salute del paziente, compatibilmente con le conoscenze tecnico-scientifiche e le risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione al momento attuale della specifica struttura ospedaliera; esso, non essendo rappresentativo processo ideale, è necessariamente legato a ciò che realmente avviene. In altre parole, il percorso di riferimento non è generato dalla ricerca di "ciò che si potrebbe fare" ma dall'osservazione di "ciò che si fa";
- *percorso obiettivo*: corrisponde a un percorso di riferimento migliorato tramite l'introduzione di cambiamenti organizzativi e clinici che non sono ancora eseguibili di routine, ma che rappresentano l'obiettivo a cui deve tendere l'organizzazione nel breve termine (con anche possibili sovrapposizioni temporali sul modello dei trial clinici), quindi il "ciò che si potrebbe o vorrebbe fare". Quando il percorso obiettivo viene eseguito o è eseguibile su base routinaria, è cioè nella maggioranza dei casi e senza eccezionali sforzi per l'organizzazione, diventa il percorso di riferimento.

La descrizione (rilevazione e analisi) iniziale del percorso effettivo rappresenta la base per studiare e definire i percorsi di riferimento e successivamente quello obiettivo. Infatti, una volta analizzati i percorsi di fatto seguiti da parte degli specifici operatori interessati, sarà possibile sviluppare percorsi di riferimento con lo scopo di giungere all'esplicitazione delle modalità con le quali gestire il singolo paziente al fine di perseguire una migliore integrazione tra tutti i settori dell'azienda le cui attività incidono, direttamente o indirettamente, sulla qualità e l'efficienza del risultato per caso trattato.

L'adozione dei percorsi non obbliga il rispetto assoluto di un *set* predeterminato di azioni da compiere a fronte di un determinato problema di salute, che dovranno essere assunte in autonomia dal professionista in ragione delle responsabilità a lui assegnate, ma è un'operazione che pone le basi per avviare un sistematico confronto per comprendere le cause delle eventuali differenze tra la pratica e la *best practice* attesa, al fine di perfezionare progressivamente le modalità di trattamento ritenute più adeguate e in grado di garantire il miglior risultato di salute possibile in ragione delle stesse risorse utilizzate.

In sintesi, il percorso di riferimento è un “punto di riferimento” di confronto sistematico, che si pone lo scopo di recepire dai percorsi effettivi gli elementi che, da un punto di vista sanitario e/o gestionale, offrono la possibilità di migliorare gli stessi percorsi effettivi ed eventualmente in un secondo momento il percorso di riferimento verso il percorso obiettivo. In tal modo viene mantenuto vivo il principio dell'autonomia professionale quale condizione necessaria per garantire la gestione di tutti i processi a elevato contenuto professionale e, a maggior ragione, a contenuto sanitario⁵⁵.

Proprio in questa prospettiva, al fine di mantenere il contenuto motivazionale, ossia essere di stimolo per favorire i processi di miglioramento continuo, il percorso di riferimento deve essere costruito in considerazione delle caratteristiche cliniche, logistiche, organizzative, economiche e professionali osservate nei percorsi effettivi che, realmente sviluppati, hanno consentito di ottenere i migliori risultati. In altre parole il percorso di riferimento è

⁵⁵ Casati 1999

rappresentativo della *best practice* osservata e misurata in un determinato contesto organizzativo. In tal senso, la formulazione dei percorsi di riferimento è operazione che coinvolge gruppi di operatori sanitari e solo rispetto a loro è in grado di generare gli effetti previsti dal ciclo di miglioramento continuo dei risultati. Affinché tale processo si possa sviluppare in modo costruttivo e collaborativo, infatti, è indispensabile che il decisore sanitario, ossia il medico, si trovi nelle condizioni di poter confrontare i propri risultati, derivanti dai percorsi effettivi, con un parametro di riferimento condiviso e rispetto al quale sia disponibile ad esprimere giudizi e assumere decisioni. L'alternativa, estremamente pericolosa consisterebbe nel non riconoscere più al professionista la sua autonomia decisionale. Questo non significa eliminare all'interno di una determinata realtà sanitaria il dibattito e confronto finalizzato alla ricerca di nuovi punti di miglioramento che, seppure vi siano differenze evidenti, può essere generato dal confronto con i percorsi definiti in altri contesti sanitari o dal confronto tra percorso di riferimento e linee guida o, quando saranno formulati con i percorsi del paziente ministeriali.

Proprio dal confronto tra il percorso di riferimento definito in un determinato contesto organizzativo e quello definito in altri contesti e/o con quanto previsto da linee guida e percorsi del paziente è possibile e probabile che emerga il desiderio di una sua ridefinizione, più o meno radicale che giunga, in tal modo, alla formulazione di un nuovo e migliore percorso: quello che è stato introdotto in precedenza come il percorso obiettivo.

Con questo termine ci si riferisce ad un percorso quale alla sequenza temporale e spaziale delle attività che si intendono far seguire ad i pazienti con un determinato problema di salute modificando la routine attuale: in altre parole come già ricordato, è rappresentativo di “ciò che si vorrebbe fare” e non, come nel caso del percorso di riferimento, di “ciò che si fa”. Ovviamente, una delle caratteristiche principali che il percorso obiettivo dovrà possedere è la realistica, in quanto, una volta definito, dovrà poter influire concretamente sui comportamenti, inevitabilmente sui percorsi effettivi⁵⁶. Sarà dall'analisi dei percorsi effettivi, in fine, che si potrà evincere se l'applicazione del percorso

⁵⁶ Cosa che può avvenire solo nella misura in cui il percorso effettivo sia percepito come realizzabile.

svolgimento del percorso stesso, sviluppando una modalità di gestione del rapporto tra struttura sanitaria e utente/paziente basata sulla competenza e trasparenza delle informazioni relative al percorso di cura;

2. migliorare i rapporti di collaborazione e di scambio interni ed esterni all'ospedale, favorendo processi di integrazione e coordinamento tra unità operative che partecipano congiuntamente, seppure non con professionalità differenti, alla realizzazione di un percorso;
3. valorizzare il ruolo professionale degli operatori, in primo luogo quello medico, con riferimento al caso trattato nella prospettiva dello sviluppo della figura del *case manager*;
4. costruire un sistema informativo di supporto alla programmazione aziendale e ai centri di responsabilità, che consenta una più corretta identificazione delle risorse necessarie alla realizzazione delle attività e del contributo richiesto ad altri centri di responsabilità. Ciò significa progettare uno strumento per la misurazione dei risultati delle organizzazioni sanitarie che, a integrazione del tradizionale sistema di DRG, consenta di esplicitare chiaramente:
 - l'oggetto di "scambio" tra azienda e paziente;
 - il valore economico dell'oggetto di scambio;
 - la correlazione con i processi interni aziendali e, quindi, il fabbisogno di coordinamento nei rapporti tra unità operative;
 - definire modalità di misurazione del risultato sanitario atteso derivante dalla gestione dei processi;
5. individuare eventuali punti critici del percorso, per i quali può essere necessario intraprendere interventi di riprogettazione organizzativa a livello micro e macro, che consentano di aumentare i livelli di efficacia ed efficienza dell'azienda creando le condizioni organizzative finalizzate a dare adeguata risposta ai fabbisogni di coordinamento generati dallo sviluppo dei percorsi.

Per rendere opportunità reali questi obiettivi occorre che l'ospedale attivi un progetto di studio e implementazione di PDP che preveda i seguenti passaggi:

- individuazione dei gruppi di casi maggiormente significativi a livello aziendale, come oggetto di rilevazione e di definizione del percorso di riferimento;
- prima analisi generale dei percorsi riferiti ai casi più frequenti, sulla base delle informazioni tratte dalla scheda di dimissione ospedaliera (SDO), attraverso l'individuazione delle fasi rilevanti del trattamento (profilo organizzativo dei percorsi di massima);
- descrizione dettagliata dei percorsi, attraverso l'individuazione della migliore sequenza spaziale e temporale possibile nel momento specifico a base continuativa, date le conoscenze tecnico-scientifiche e le risorse organizzative, finanziarie, professionali e tecnologiche disponibili (percorsi di riferimento). L'insieme dei PDP di riferimento andrà a costituire un repertorio aziendale dei percorsi, come data base aziendale a cui tutti gli operatori potranno accedere all'occorrenza;
- analisi della sequenza operativa concretamente eseguita nello svolgimento del percorso dall'organizzazione in esame (percorsi effettivi);
- definizione di una sequenza-obiettivo, alla quale l'organizzazione deve tendere e concentrare gli sforzi, attraverso strumenti di riorganizzazione (ridefinizione della sequenza di attività che compongono il percorso), di miglioramento dello svolgimento di attività, di eliminazione dei tempi morti ecc. (percorso obiettivo)⁵⁸.
- controllo degli scostamenti tra percorsi di riferimento e percorsi effettivi e obiettivo.

⁵⁸ A titolo esemplificativo ipotizzando un valore numerico unico che descriva l'effettiva efficacia ed efficienza del percorso, si parte dalla ricostruzione del percorso di massima, si analizza la sequenza effettivamente svolta nell'organizzazione (percorso esecutivo o medio) e le si assegna, per esempio, un valore pari a 4,5; a questo punto si cerca di stabilire un punto di riferimento (*benchmark*) che rappresenti la modalità migliore di svolgimento della determinata sequenza di attività, che evidenzia quanto l'organizzazione "è capace" nel realizzare il percorso determinato, a parità di risorse disponibili (percorso di riferimento). Ipotizzando un *benchmark* pari a 5, questo valore diventa target operativo nel caso in cui l'ospedale non intenda stravolgere il suo ruolo di operare e modificare la consistenza delle risorse a disposizione. Nel caso in cui si decida di operare cambiamenti su entrambi i fronti l'attenzione si dovrà focalizzare anche su come realizzare le nove modalità operative per il superamento del *benchmark* precedente, per arrivare, per esempio, ad un traguardo ulteriore, poniamo 5,5 rappresentativo in questo caso di un percorso obiettivo.

Dal punto di vista dell'azienda, quindi, la lettura dei dati del controllo dei percorsi, confrontati anche con quanto elaborato in letteratura e da altre aziende, dovrà consentire di comprendere e valutare le diverse pratiche seguite e le relazioni interne ed esterne instaurate, così da attivare un sistematico processo di apprendimento organizzativo a livello di singolo medico, gruppo di lavoro, reparto, unità operativa e di ospedale.

Dal punto di vista del singolo medico, l'adozione dei percorsi di riferimento e delle loro varianti personalizzate, oltre a rappresentare uno strumento di controllo della gestione e un momento di aggiornamento, permetterà agli operatori interessati di aprire un confronto culturale proponendo ai diversi interlocutori interni ed esterni i propri metodi clinici sviluppati secondo una metodologia, trasparente, condivisa ed adottata dall'azienda, in un contesto generale stimolante e creativo in quanto oggetto di continuo miglioramento.

5.2 – Definizioni del percorso obiettivo per le prestazioni in day-surgery

Il confronto tra il percorso di riferimento e quello effettivo di ciascuna prestazione non ha evidenziato, così come era stato previsto, discrepanze significative; infatti, essendo le prestazioni in day-surgery realizzabili attraverso procedure standardizzate, di norma non emergono differenze significative tra quanto previsto in teoria e la verifica empirica delle prestazioni, per cui si è provveduto ad elaborare un percorso obiettivo (costituito dalla sequenza temporale e spaziale delle attività di cura, relative ad una tipologia di paziente, che potrebbero essere adottate a seguito dell'introduzione di innovazioni organizzative, tecnologiche, scientifiche, ecc.) riferito alla realizzazione delle prestazioni⁵⁹ presso l'U.O.C. dedicata alla day-surgery.

L'elaborazione del percorso obiettivo viene realizzata partendo dalla costituzione del percorso di massima che dovrà caratterizzare un tipico intervento

⁵⁹ Le prestazioni monitorate, infatti, sono realizzate sulla base di procedure che prevedono la gestione del paziente presso le singole divisioni considerate.

in day-surgery presso la struttura: la procedura prevista dall'Azienda è quella di seguito riportata:

- il paziente telefona, o si reca fisicamente, al CUP aziendale per prenotare la visita ambulatoriale;
- dopo un'attesa variabile a seconda della prestazione prenotata, il paziente si reca all'ambulatorio aziendale per essere sottoposto alla visita specialistica;
- se il medico ravvisa l'esigenza di sottoporre il paziente ad intervento chirurgico ed è possibile realizzare l'intervento in day-surgery, prescrive al paziente gli esami da realizzare in regime di L. 662/96 e gli rilascia la guida aziendale al day-surgery con le procedure da seguire;
- il paziente prenota gli esami in regime di L. 662/96 e l'intervento chirurgico presso il CUP aziendale;
- il giorno previsto per gli esami in regime 662/96 il paziente si reca presso l'U.O.C. per la day-surgery per effettuare gli esami diagnostici di routine previsti per la procedura chirurgica;
- successivamente il paziente è sottoposto alla visita da parte dell'anestesista e del chirurgo;
- dopo un'attesa variabile, il paziente è contattato telefonicamente per l'intervento chirurgico;
- il paziente è sottoposto all'intervento chirurgico nel giorno previsto e dopo un periodo di osservazione, variabile a seconda della procedura chirurgica eseguita, è dimesso.

5.3 – Il percorso del paziente applicato all'ernia inguinale

Il percorso del paziente applicato all'intervento di Ernia Inguinale trattato il regime di day-surgery è stato sviluppato presso la "Clinica Villalba" di Napoli, struttura convenzionata con il Sistema Sanitario Nazionale.

La struttura è composta da due sale operatorie e da 50 posti letto di cui 5 riservati all'attività di day-surgery.

Il personale in organico è pari a 88 unità dislocato e classificato secondo quanto riporta la tabella 6:

Personale	Numero
Ostetricia	4
Camera operatoria	9
Amministrativi	6
Medici	3
Terapia	13
Nido	9
Centralino	5
Cucina	5
Piani	20
Laboratorio	4
Manutentori	3
Dialisi	2
Radiologia	1
Lavanderia	3
Fattorino	1
Totale	88

Tabella 4 – Articolazione e dislocazione del personale della Clinica Villalba

Per il 2004 l'Unità Operativa ha registrato 56 ricoveri, 34 ordinari e 22 in regime di day-surgery per l'intervento di Ernia Inguinale.

La produttività per DRG è stata rispettivamente di €50.346,52 per i ricoveri ordinari, e di €25.824,72 per quelli in day-surgery, per un totale di € 76.171,24 per tale patologia.

5.3.1 – Analisi della prestazione esaminata

L'analisi empirica ha riguardato la patologia "Ernia Inguinale" con codice diagnosi 55.09 (Ernia Inguinale) e codice procedura 53.05 (riparazione con protesi), a cui corrisponde il DRG's 162⁶⁰ ed un valore del singolo punto DRG's pari a 0,754. Nell'anno 2004 gli interventi effettuati in regime di day-surgery per la patologia in oggetto sono stati 22, con un'incidenza sul totale dei ricoveri del 40% e con un corrispondente ricavo in termini di DRG's pari a €25.824,72.

5.3.2 – Brevi note esplicative del percorso dell'ernia inguinale

Definizione: l'ernia inguinale rappresenta la patologia più frequente in ambito chirurgico in tutto il mondo. Il nome deriva dal greco "hernios" che indica lo sbocciare di un germoglio. Infatti, per ernia si intende la fuoriuscita di intestino tenue, omento e vescica dalla cavità naturale che lo contiene attraverso il canale inguinale, a causa di un rilassamento dei tessuti.

Epidemiologia: si fa una distinzione tra l'ernia inguinale e quella crurale. La prima è in assoluto la più diffusa: nel 90% dei casi interessa la parete addominale ed ha una maggiore incidenza nei primi anni di vita ed in età avanzata. Il sesso maschile è quello maggiormente colpito (95% circa). L'ernia crurale, invece, interessa soprattutto le donne e si manifesta in una zona più inferiore rispetto all'ernia inguinale. Altri tipi di ernie sono quelle ombelicali, che si formano dentro o intorno all'ombelico, l'ernia epigastrica, che si manifesta nel tratto mediano compreso fra il processo xifoide e l'ombelico, e altre rare ernie che possono evidenziarsi in diversi punti dell'addome.

Eziopatogenesi: pressione endoaddominale che agisce su zone anatomicamente predisposte.

Sintomi e segni: In genere compare una tumefazione nella zona dove l'ernia si forma, trattasi di un "gonfiore" che ha spesso la caratteristica di ridursi attraverso la pressione manuale o anche semplicemente nella posizione sdraiata.

Prognosi: Buone (guarigione nel 98% dei casi). Riservate, invece, in caso di ernie strozzate.

Bibliografia

G.C. Zotti, M. Mancuso et al.: *Preperitoneal, minimally invasive, prosthetic groin hernia repair*. Hernia (2000), 4, 316-320

Byers J.M., Steinberg J.B., Russel G. P.: *Repair of parastomal hernias using polypropylene mesh*. Arch. Surgh., 1992, 127, 1246-7

Hackney R.G., *The sports hernia: a cause of groin pain*, Br. J. Sports Med., 1993, 27, 58-62.

Fournier J.Y., Richon C.A. *Reveu critique de 25 patients pour pubalgie par miorrhaphie inguinale (operation de Nesovie)*, Helv. Chir. Aeta, 59, 775-778, 1993

Tabella 5 – Caratteristiche dell'Ernia Inguinale

⁶⁰ Al riguardo, si rileva come in realtà gli interventi per ernia inguinale rientrano in due DRG's: 161-162

5.3.3 – Criteri di ingresso e di uscita

La tabella 5 riporta i criteri di ingresso ovvero le condizioni cliniche, organizzative e socio-assistenziali che determinano un diverso tipo di ricovero del paziente affetto da ernia inguinale.

Criteri di ingresso	Ricovero urgente	Ricovero ordinario	Day Surgery
Condizioni cliniche			
Assoluti (contestuali)			
- Ernia Inguinale			X
Relativi (indipendenti)			
- Adenopatia Inguinale			X
Condizioni organizzative			
Trasferimenti da altri reparti ospedalieri (no da altre parti della regione in caso di:			
- Strozzamento erniale	X		
- Intasamento erniale con urgenza	X		
Condizioni socio-assistenziali			
- Socio-economiche		X	
- Distanza dall'ospedale		X	
- Mancanza di telefono		X	
- Condizioni generali scadenti		X	

Tabella 6 – Criteri di ingresso del percorso del paziente affetto da Ernia Inguinale

La tabella 6 illustra, invece, i criteri di uscita ovvero gli elementi che influenzano la destinazione del paziente dopo il ricovero, essenzialmente riconducibili ad una dimissione semplice oppure ad una dimissione che richiede un'attività riabilitativa dello stesso paziente.

1. Diagnosi
- Visita ambulatoriale
2. Gestione delle riacutizzazioni
- Recidiva
3. Gestione delle complicanze
- Suppurazione della ferita, sierosi, ematomi
- Dolore post-operatorio
4. Gestione della comorbidità
- Varicocele, idromele
- Ernie localizzate in zone diverse

Tabella 8 – Problematiche inerenti il percorso del paziente affetto da “Ernia Inguinale”

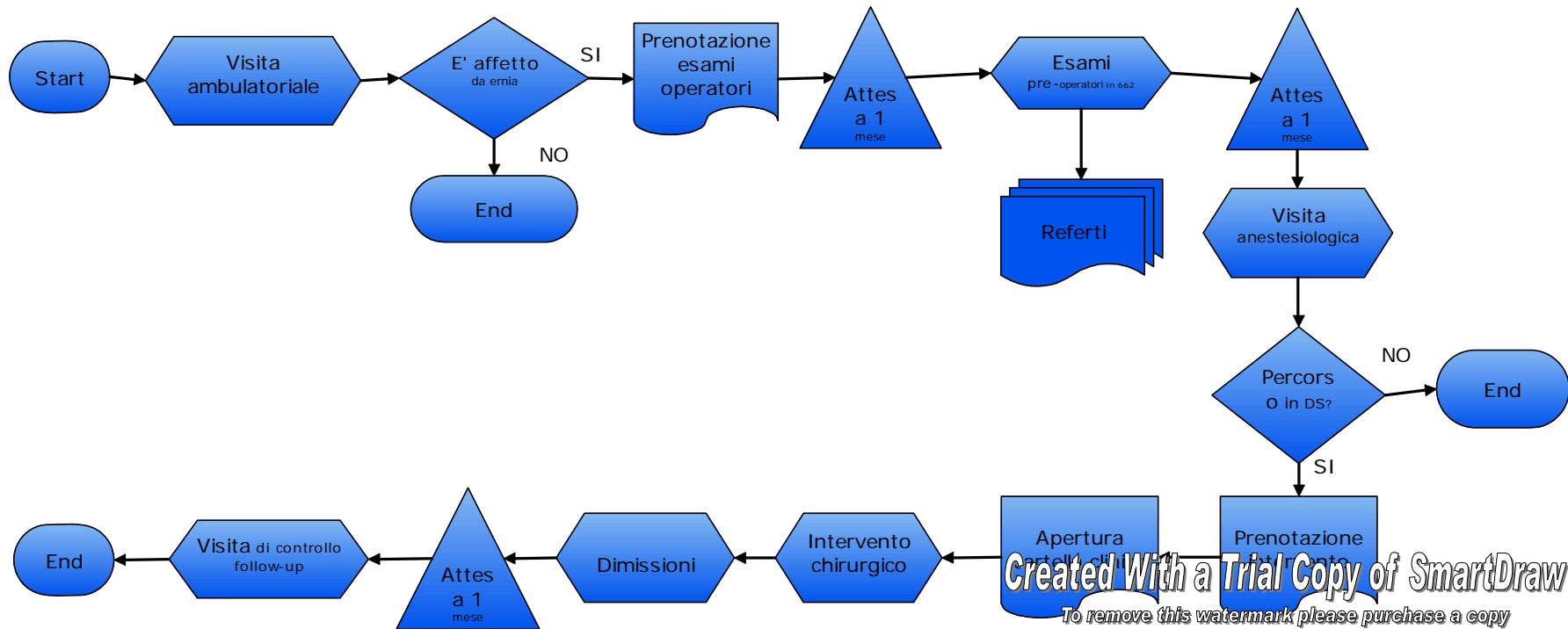
5.3.5 – Risultati di salute attesi

Dalla Tabella 8 emergono, infine, i risultati di salute conseguenti all’intervento chirurgico effettuato.

Scomparsa del dolore e dell’ernia inguinale

Tabella 9 – Risultato di salute atteso del paziente affetto da “Ernia Inguinale”

5.3.6 – Percorso di riferimento



5.3.7 – Matrici tempi/luoghi/attività

SCHEDA MACROATTIVITÀ U.O.C. DI CHIRURGIA GENERALE <i>PATOLOGIA: ERNIA INGUINALE</i>		
		DRG N. 162
Schema 1a FASE: VISITA AMBULATORIALE DEL PERCORSO DEL PAZIENTE AFFETTO DA ERNIA INGUINALE		
Macro-attività	Tempi	1° Giorno
Collocazione	Ambulatorio	
Diagnostiche	Visita medica	Visita specialistica
	Esami ematochimici	Nessuno
	Esami strumentali	Nessuno
	Altro	Nessuno
Terapeutiche		Nessuna
Riabilitative		Nessuna
Di supporto	Sanitarie	Nessuna
	Amministrative	Prenotazione esami (L. 662/96) Prenotazione intervento chirurgico

SCHEDA MACROATTIVITÀ
U.O.C. DI CHIRURGIA GENERALE
PATOLOGIA: ERNIA INGUINALE

DRG N. 162

Schema 1b
FASE: ESAMI PRE-OPERATORI (L. 662/96) DEL PERCORSO DEL
PAZIENTE AFFETTO DA ERNIA INGUINALE

Marco-attività	Tempi	1° Giorno
Collocazione	Ambulatorio	
Diagnostiche	Visita medica	Visita cardiologica
	Esami ematochimici	Azotemia Glicemia, Emocromo PT PTT Emogruppo Analisi urine Creatininemia VES TAS QPE SGOT-SGPT Colinesterasi HCV Ab Hbs Ag
	Esami strumentali	RX torace ECG
	Altro	Nessuno
Terapeutiche		Nessuna
Riabilitative		Nessuna
Di supporto	Sanitarie	Nessuna
	Amministrative	Apertura cartella clinica

SCHEDA MACROATTIVITÀ
U.O.C. DI CHIRURGIA GENERALE
PATOLOGIA: ERNIA INGUINALE

DRG N. 162

Schema 1c
FASE: ESAMI PRE-OPERATORI (L.662/96)
(VISITA ANESTESIOLOGICA)

Macro-attività	Tempi	1° Giornata
Collocazione	Reparto	
Diagnostiche	Visita medica	Visita anestesiologica
	Esami ematochimici	Nessuno
	Esami strumentali	Nessuno
	Altro	Nessuno
Terapeutiche		Nessuna
Riabilitative		Nessuna
Di supporto	Sanitarie	Nessuna
	Amministrative	Nessuna

SCHEDA MACROATTIVITÀ
U.O.C. DI CHIRURGIA GENERALE
PATOLOGIA: ERNIA INGUINALE

DRG N. 162

Schema 2
FASE: RICOVERO IN DAY SURGERY DEL PAZIENTE AFFETTO DA
ERNIA INGUINALE

Macro-attività	Tempi	1° Giorno
Collocazione	Unità Operativa + Sala operatoria	
Diagnostiche	Esami ematochimici	Nessuno
	Esami strumentali	Nessuno
	Altro	Compilazione modulo consenso informato Visita medica + prescrizione eventuale terapia domiciliare
Terapeutiche	Anestesiologiche	Controllo dell'anestesista
	Farmacologiche	Anestesia e profilassi antibiotica
	Chirurgiche	Intervento chirurgico
	Altro	Nessuna
Riabilitative		Nessuna
Di supporto	Sanitarie	Trasferimento in sala operatoria ed in reparto
	Amministrative	Compilazione e chiusura cartella clinica Compilazione scheda di dimissione

SCHEDA MACROATTIVITÀ
U.O.C. DI CHIRURGIA GENERALE
PATOLOGIA: ERNIA INGUINALE

DRG N. 162

Schema 3
FASE: FOLLOW-UP/RIABILITAZIONE DEL PERCORSO DEL
PAZIENTE SOTTOPOSTO AD ERNIA INGUINALE

Macro-attività	Tempi	Dopo 7 giorni dalla dimissione
Collocazione	Ambulatorio	
Diagnostiche	Visita medica	Visita medica
	Esami ematochimici	Nessuno
	Esami strumentali	Nessuno
	Altro	Nessuno
Terapeutiche		Nessuna
Riabilitative		Nessuna
Di supporto	Sanitarie	Nessuna
	Amministrative	Nessuna

5.3.8 – Schede di valorizzazione

U.O.C. DI CHIRURGIA GENERALE

PATOLOGIA: Ernia Inguinale

Schema 1a: Risorse assorbite dalla fase Visita Ambulatoriale del percorso dell'intervento di Ernia Inguinale

RISORSE ASSORBITE E RELATIVA VALORIZZAZIONE										
	Risorse dell'Area Funzionale di Chirurgia					Risorse cedute da altre unità operative				
<i>Attività svolta</i>	Risorse variabili	Costo risorse variabili €	Risorse fisse	Costo risorse fisse €	Valorizz. A tariffa €	Risorse variabili	Costo risorse variabili €	Risorse fisse	Costo risorse fisse €	Valorizz. A tariffa €
Visita medica			Med. 15' Inf. 15'	€6,12 €3,32						
Prenotazione esami (L. 662/96)	Scheda di prenotazione	€0,05	Caposala 5'	€1,10				Nessuna	0	
Prenotazione intervento chirurgico	Scheda di prenotazione	€0,05	Caposala 5'	€1,10						
Totali parziali		€0,10		€11,64						
Totale complessivo	€11,74									

U.O.C. DI CHIRURGIA GENERALE

PATOLOGIA: *Ernia Inguinale*

Schema 1b: Risorse assorbite dalla fase Esami pre-ricovero (L. 662/96) del percorso dell'intervento di stripping delle vene

Risorse assorbite e relativa valorizzazione										
	Risorse dell'Area Funzionale di Chirurgia					Risorse cedute da altre unità operative				
<i>Attività svolta</i>	Risorse variabili	Costo risorse variabili €	Risorse fisse	Costo risorse fisse €	Valorizz. A tariffa €	Risorse variabili	Costo risorse variabili €	Risorse fisse	Costo risorse fisse €	Valorizz. A tariffa €
Apertura C.C. (L.662/96)			Amm.vo 10'	€1,90						
Visita anestesiológica			Anestesista 15' Inf. 15'	€21,00 €3,31						
Esami in 662										€71,00
Totali parziali				€ 26,21						
Totale complessivo	€97,21									

U.O.C. DI CHIRURGIA GENERALE

PATOLOGIA: Ernia Inguinale

Schema 2: Risorse assorbite dalla fase Ricovero in day-surgery del percorso del paziente dell'intervento di Ernia Inguinale

RISORSE ASSORBITE E RELATIVA VALORIZZAZIONE										
	Risorse dell'Area Funzionale di Chirurgia					Risorse cedute da altre unità operative				
<i>Attività svolta</i>	Risorse variabili	Costo risorse variabili €	Risorse fisse	Costo risorse fisse €	Valorizz. A tariffa €	Risorse variabili	Costo risorse variabili €	Risorse fisse	Costo risorse fisse €	Valorizz. A tariffa €
II Visita chirurgica			Med. 5' Inf. 5'	€2,04 €1,10						
Compilazione consenso informato	Modulo consenso	€10,05	Med 15'	€6,15						
Compilazione cons. inf. anestesista	Modulo consenso	€0,05	Anestesista 15'	€21,00						
Compilazione cartella clinica	Cartella clinica	€0,30	Med 15'	€6,15						

<i>Attività svolta</i>	Risorse variabili	Costo risorse variabili €	Risorse fisse	Costo risorse fisse €	Valorizz. A tariffa €	Risorse variabili	Costo risorse variabili €	Risorse fisse	Costo risorse fisse €	Valorizz. A tariffa €
Trasporto in sala operatoria			OTA 5'	€0,63						
Controllo anestesilogico			Anestesista 10'	€14,00						
Anestesia	Naropina al 20% 2 fiale	€11,40	Anestesista 15'	€21,00						
	Naropina al 10% 2 fiale	€14,09								
	Lidocaina 1 fiala da 10ml	€0,16								
Profilassi antibiotica	Glazidim 1 g.	€5,83	Med. 10'	€4,10						
	Soluzione fisiol. 500ml	€0,43								
	Soluzione gluc. Baxter	€0,45								
Intervento chirurgico	Rete Mesh incisionale 30x30	€150,00	Med. 60'	€24,48						
	3x Vicryl montato N0	€12,51	Anestesista 60'	€84,00						
	1x Vicryl libero N 2/0	€2,80	ferrista 60'	€13,27						
	2x Prolene N 2.0	€16,32	Inf. 60'	€13,27						

Attività svolta	Risorse variabili	Costo risorse variabili €	Risorse fisse	Costo risorse fisse €	Valorizz. A tariffa €	Risorse variabili	Costo risorse variabili €	Risorse fisse	Costo risorse fisse €	Valorizz. A tariffa €
Trasporto in reparto			OTA 5'	€0,63						
Valutazione del recupero del paziente			Med. 5' Anestesista 8' Inf. 5'	€2,04 €11,20 €1,92						
Controllo decorso operatorio			Inf. 5'	€1,10						
Profilassi antibiotica pos-operatoria	Lixidol 30mg. 1 fiala	€0,76	Inf. 5'	€1,10						
Visita medica			Med 15'	€6,15						
Prescrizione terapia domiciliare	Modulo	€0,05	Med. 5'	€2,04						
Chiusura C/C e compilazione SDO	Modulo	€0,05	Med 5'	€2,04						
Totali parziali		€225,25		€239,41						
Totale complessivo	€464,66									

U.O.C. DI CHIRURGIA GENERALE

PATOLOGIA: Ernia Inguinale

Schema 3: Risorse assorbite dalla fase controlli ambulatoriali follow-up del percorso dell'intervento di Ernia Inguinale

RISORSE ASSORBITE E RELATIVA VALORIZZAZIONE										
	Risorse dell'Area Funzionale di Chirurgia					Risorse cedute da altre unità operative				
<i>Attività svolta</i>	Risorse variabili	Costo risorse variabili €	Risorse fisse	Costo risorse fisse €	Valorizz. A tariffa €	Risorse variabili	Costo risorse variabili €	Risorse fisse	Costo risorse fisse €	Valorizz. A tariffa €
Visita medica			Med. 15' Inf. 15'	€6,15 €3,31						
Esami diagnostici										
Totali parziali				€9,46						
Totale complessivo	€9,46									

5.3.9 – Insufficienze rilevate

Gli esami di routine prevedono l'esecuzione di una radiografia del torace ritenuta, attualmente, non indispensabile.

Altro aspetto di estrema importanza è la figura dell'anestesista, che all'interno del percorso, trattato su una struttura privata, influisce in maniera molto incisiva sui costi. Infatti, se si fa attenzione alle schede di valorizzazione, si nota la grande differenza di costo tra un medico ed un anestesista. Questa differenza di costo è dovuta dalla scarsa presenza di figure come l'anestesista, che preferendo non essere inquadrato nella struttura ma essere pagato in modo forfettario (circa il 12% dell'80% del valore DRG's) comporta un aumento incisivo del costo della procedura.

5.3.10 – Costo speciale di produzione e quote di ammortamento

La tabella 9 riporta il costo speciale di produzione della prestazione in oggetto. Per questa la Regione prevede un ricavo DRG in ricovero ordinario pari a € 1584,43, che in day-surgery viene considerato all'80%, ossia pari ad € 1267,54.

Il costo totale della prestazione risulta essere pari ad €666,18 che al netto del ricavo DRG di €1267,54 riscontra un ricavo netto di €601,36

Tabella 10 – Determinazione del costo speciale totale di produzione della prestazione “Ernia Inguinale”

Costo speciale di produzione della visita ambulatoriale	€11,74
Costo speciale di produzione degli esami (L. 662/96)	€97,21
Costo speciale di produzione dell'intervento chirurgico	€464,66
Costo speciale di produzione della visita di follow-up	€9,46
Costo speciale di produzione dell'intera prestazione	€583,07*
Quote di ammortamento	€83,11
Totale costo speciale di produzione + quote di ammortamento	666,18

* il totale include anche la quota di costo del follow-up del paziente di €9,46.

5.3.11 – Tabella per il calcolo dell'ammortamento

La tabella 10 elenca le attrezzature impiegate (alcune necessariamente presenti ancorché non utilizzate) in sala operatoria durante un intervento di ernia inguinale e le relative quote di ammortamento.

Tabella 11 – Calcolo quote di ammortamento delle attrezzature di sala operatoria

Attrezzatura	Quota di ammortamento in €
Elettrobisturi	793,80
Respiratore automatico	294,38
Aspiratore	235,89
Letto operatorio	4.009,00
Tavolino servitore	65,07
Servolitica a soffitto	2.478,99
Fonte luminosa portatile	251,77
Monitor	118.650,45
Defibrillatore	1.112,60
Pompa a siringa	109,85
	Totale 128.001,80

La quota è ottenuta dalla seguente relazione metodologica:

$$\text{Ammortamento} = (128.001,80/1.540) \times 1 = 83,11$$

dove 1.540 è il numero complessivo annuo di ore di funzionamento della sala operatoria e 1 è la durata in ore di un intervento di ernia inguinale.

CONCLUSIONI

Un numero sempre più elevato di procedure chirurgiche può essere sostituito da un ricovero in day-surgery, rispetto a quello ordinario. Sebbene le iniziative che possono aumentare la day-surgery siano favorite da molti chirurghi, la loro realizzazione è proceduta molto lentamente.

E' stato osservato che il numero dei ricoveri in day-surgery è aumentato negli ultimi anni, ma questo è dovuto più alla crescita della domanda in generale che alla sostituzione del ricovero ordinario con la day surgery.

Analizzando lo sviluppo della day surgery in Italia si è sentito sempre più pressante la necessità di attuare azioni incisive da parte del Ministero, delle Regioni e delle Società Scientifiche con l'obiettivo di:

- favorire un uso appropriato dei regimi assistenziali;
- fornire alle Regioni indirizzi univoci per il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle strutture di day-surgery;
- garantire il coordinamento tra le Regioni per giungere ad una definizione ed una regolamentazione univoca della day-surgery e della chirurgia ambulatoriale;
- uniformare i sistemi di tariffazione.

Particolarmente importante risulta essere il ruolo delle Regioni che devono sovrintendere con grande responsabilità ad erogare prestazioni di qualità ai cittadini, uniformemente alle loro disponibilità economiche.

Allo stesso tempo sarebbe necessario definire un Atto d'intesa a livello della Conferenza Stato-Regioni ed eventualmente l'emanazione di un Atto di indirizzo e coordinamento sul tema della day-surgery e della chirurgia ambulatoriale, che prenda in considerazione i seguenti punti principali:

- inserimento della day-surgery nella più generale riorganizzazione della rete ospedaliera;

- individuazione dei modelli organizzativi più idonei per permettere la crescita della day-surgery come anche della chirurgia ambulatoriale, dedicando particolare cura alla definizione delle sedi di attuazione che devono essere considerate unità autonome;
- adozione di una politica tariffaria comune a tutte le Regioni che incentivi tali modelli organizzativi.

Per coadiuvare l'opera delle Regioni sarebbe necessario istituire, presso il Ministero della Salute un Gruppo di Lavoro permanente per lo sviluppo della day surgery, con una competenza nel particolare settore in modo da rispondere ai seguenti problemi:

- monitorare le modalità di attuazione degli indirizzi contenuti nel presente documento;
- valutare l'impatto delle nuove modalità assistenziali in termini di esiti clinici, gestionali e di soddisfazione del paziente, attraverso uno schema di indicatori e la definizione di un flusso informatico idoneo alla loro determinazione;
- controllare periodicamente, in base alle nuove conoscenze e agli esiti assistenziali misurati, i requisiti di accreditamento e la classificazione delle procedure;
- monitorare, tramite la valutazione degli indicatori di attività, di performance e di case-mix, sia le strutture di day surgery che di ricovero ordinario allo scopo di poter valutare l'incisività dell'adozione delle nuove modalità sul Servizio Sanitario;

Il ruolo istituzionale delle Società scientifiche dovrebbe essere quello di rappresentare un riferimento clinico-scientifico sia per lo Stato che per le Regioni, allo scopo di una corretta programmazione dei servizi e delle prestazioni rese ai cittadini.

Dovrebbe essere compito delle Società scientifiche chiarire, attraverso l'emanazione di linee guida, la tipologia dei pazienti da trattare secondo i diversi modelli assistenziali, stabilire i principi organizzativi dell'uno e dell'altro settore; definire i rapporti da realizzare per le integrazioni funzionali verticali ed orizzontali tra presidi ospedalieri; fare il punto sui criteri da adottare per quanto

riguarda l'ordinamento dipartimentale e l'audit medico rivolto a valutare le attività, i risultati, i costi e la qualità; gestire i programmi di formazione, specializzazione ed aggiornamento.

Altro punto importante è la modifica del D.P.R. del 14 gennaio 1997 che riguarda la definizione della day surgery, a proposito del pernottamento, e l'integrazione del D.P.R. stesso, per quanto riguarda i requisiti organizzativi, i modelli della day surgery, la definizione di chirurgia ambulatoriale e i relativi requisiti minimi.

Altrettanto importante è definire nell'Atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'articolo 8-quater del D.Lgs 229/99 i criteri generali per la determinazione da parte delle Regioni dei requisiti ulteriori per l'accreditamento delle strutture di day-surgery pubbliche e private allo scopo di permettere lo sviluppo della day surgery.

Il presente lavoro, attraverso l'analisi dello sviluppo della normativa nazionale e regionale, rappresenta uno strumento per poter ottimizzare il processo di sviluppo della day-surgery con una regolamentazione univoca.

In aggiunta, con lo sviluppo e la creazione di un percorso assistenziale specifico per la day-surgery si potrebbe aumentare il grado di razionalità e di utilizzo di tali procedure. Infatti, l'implementazione del percorso assistenziale porterebbe ad un miglioramento della qualità delle prestazioni, sia dal punto di vista della gestione interna che della soddisfazione del paziente.

Inoltre, il lavoro viene completato attraverso l'analisi economica di una specifica patologia attraverso l'utilizzo del "percorso del paziente", strumento utile al riconoscimento del costo speciale di produzione della patologia in esame, che confrontato con il ricavo DRG's, permette di definire il ricavo netto della singola prestazione.

BIBLIOGRAFIA

- Airoldi G., Brunetti G., Coda V. (1994), Economia aziendale;
- Anselmi L. - “L’equilibrio economico nelle aziende sanitarie. Strumenti per una gestione manageriale efficace. Management pubblico”, Il Sole 24 Ore, anno 2000.
- Antony R. N., Young D. W. – Controllo di gestione per il settore non-profit”, Mc Graw-Hill, 1992 ISBN 88-386-3123-9.
- Borgonovi E., Coperchione E., Casati G., Elefanti M., Pezzani F., Zangrandi A., Zavattaro F. – “Il controllo economico nelle aziende sanitarie”.
- M. Bergamaschi - L’organizzazione nelle aziende sanitarie, McGraw-Hill, 2000
- Bernardi G. – Biazzo S., Reengineering e orientamento ai processi, in Sviluppo & Organizzazione, n. 150, 1995
- Bernardi G. – Biazzo S., Analisi e rappresentazione dei processi aziendali, in Sviluppo & Organizzazione, n. 156, 1996
- Brusa L., Strutture organizzative d’impresa, Giuffré, Milano, 1979,
- Busellu G. – Costantin P. – Merlino M., L’organizzazione process driven, in Sviluppo & Organizzazione, n. 142, 1994,
- Camuffo A. (1997), Le Interdipendenze, in Costa G., Nacamulli Raul C.D.(1997), Manuale di organizzazione aziendale, Utet, Torino,
- Casati G., M.C. Vichi (2002), Il percorso del paziente in ospedale, McGraw Hill, Milano,
- Cassin S., Ottone G. (a cura di), Le linee guida in ospedale. Un nuovo strumento per il miglioramento della pratica clinica, tratto dagli Atti del Convegno nazionale di Torino, 1994
- Cavallo C., “Oggetto e finalità dei processi del paziente”, in G. Casati (a cura di), il percorso del paziente, Egea, Milano, 1999,
- Cercola R. – Coletti M., L’impresa che assicura il cliente, Etas Libri, Milano, 1995,
- Chambers M, Boore J. Development and definition of the role of the operative department nurse: a review J. Adv. Nurs 2000

- Coll A, Moseley L, Torrance C. Fine tuning the day surgery process. Nurs Standard 1999, 14:39-42 Royal Australasian College of Surgeons.
- G. Costa e R.C.D. Nacamulli (a cura di), Manuale di Organizzazione Aziendale, (vol. 2, "La progettazione organizzativa"), Utet Libreria, Torino 1997
- Di Ciommo V., Di Liso G., Petrone A., Marino B., Mazzer E., - "DRG 108: Valutazione costo-ricavo", IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma.
- Diridollou B. – Vincent C., Le client au coeur de l'organisation. Le management par les processus, Les Editions d'Organisation, Paris, 1997,
- Earl M. – Khan B., How new is Business Process Redesign?, in European Management Journal, Marzo, 1994,
- Ferioli C. – Iazzolino G. – Miglioure P., Il Business Process Reengineering e i modelli della Teoria Organizzativa: analisi critica e indicazioni per una metodologia di progettazione organizzativa, in Atti del Convegno: Re-Ingegnerizzazione e rigenerazione. Ripensare l'impresa per affrontare le sfide della nuova economia, Torino, 04/07/97.
- Francesconi A., "Il coinvolgimento dei professionisti medici nei processi di controllo di gestione", Mecosan, 5, 1993,
- Giuli M., Motivare i dipendenti nel lavoro per processi, in L'Impresa, n. 1, 1996,
- Gruppo di studio SIAARTI - "Raccomandazioni per la valutazione anestesiológica preoperatoria", Maggio 1994.
- Gruppo di studio SIAARTI - "Raccomandazioni per l'anestesia nel day-hospital", Minerva Anestesiológica, 1997.
- A.Grandori, "L'organizzazione delle attività economiche", Il Mulino, Bologna, 1995
- Guzzanti E., Mastrilli F., Mastrobuono I., Mazzeo M. C. - "Nuove frontiere dell'organizzazione sanitaria. Il day-hospital, la day-surgery", Editeam, 1993.
- Guzzanti E., Mastrilli F., Mastrobuono I., Mazzeo M. C. - "Day-surgery: evoluzione dei concetti e delle iniziative in Italia e proposte per la regolamentazione", Ricerca sui Servizi Sanitari, IV trimestre 1997, vol. I, n. 4.
- Hammer M. – Champy J., Ripensare l'azienda, Sperlin & Kupfer, Milano, 1994
- Kleinpell R, Improving telephon follow-up after ambulatory surgery J. Perianesth Nurs 1997,

- Labella Danzi L. – Landau J. – Rappini V., Un modello di simulazione per il reengineering del ricovero ordinario: l'esperienza della USSL 27 di Cernusco sul Naviglio, in Mecosan, n. 25, 1998
- Lega F., Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità, McGraw Hill, Milano, 2001,
- Lorino Ph., Le déploiement de la valeur par les processus, in Revue Française de Gestion, Juin-Juillet-Aout, 1995,
- Mastrobuono I., Mastrilli F., Mazzeo M. C. - "Proposta di regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche, diagnostiche e/o terapeutiche da effettuare in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno" Rapporto del gruppo di lavoro a cura di ASSR, Roma, aprile 1996.
- Montironi M. – Genova M., Ripensare i processi organizzativi per migliorare i servizi al cittadino, op. cit,
- Millar J., US ambulatory surgery projections are inappropriate. Ambul Surg 2000; 8:119-27
- NHS Management Executive - "Report by the Day-surgery Task Force" (1993).
- Olivieri M., La gestione e l'organizzazione per processi, in De Sanitate, Aprile -Maggio, 1998,
- Olivieri M. – Quattrocchio G., La strategia della qualità: un modello per la sanità, in Progettare per la Sanità, n. 42, 1997
- Oriani G., Ma il processo è rappresentabile?, in Sviluppo & Organizzazione, n. 156,1996,
- Passerino C., Sarzi-Amadè S., Bombelli P., Bazzini G. – Determinazione del costo di una giornata di degenza in regime di Day Hospital per un reparto di riabilitazione motoria” – G. Ital. Med. Lav: Erg., 2002; 24:4, 365-371.
- Rampulla C., Bombelli P. A., Balistreri F., Passerino C. – “I costi dei ricoveri ospedalieri, classificati per DRG, in riabilitazione intensiva”, Fondazione Salvatore Maugeri – Clinica del Lavoro e della Riabilitazione IRCCS, Pavia.
- Rodighiero L. – Cerruti C., La reingegnerizzazione al di là delle mode, in L'Impresa, n. 1, 1995,
- Royal College of England - “Guidelines for Day Case Surgery" (1992).
- Rugiadini A. Organizzazione di impresa. Milano: Giuffrè, 1979.

- Scheidegger A, Biaggi J. - One day surgery in a general hospital. Swiss Surg 1996;.
- Tanese A. – “La regolazione dei processi di innovazione nei sistemi sanitari locali tra politiche regionali, strategie aziendali e comportamenti professionali”, Università degli Studi di Catania, 19-20 Ottobre 2001.
- Zappacosta R. “Il percorso del paziente applicato alla Sindrome dello Stripping delle Vene” - pag. 141-160 – ne “Il management per progetti nel governo della Sanità”, Le esperienze della collaborazione Università “Federico II” e A.O.R.N. “V. Monaldi” a cura di Adelaide Ippolito – Mariella Leonardo; Merck Sharp & Dohme, 2004
- Ordinanza del 7 gennaio 1993 della legislazione francese.
- Linee guida 1/95 "Applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi extra-ospedalieri".
- D.P.R. del 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private".
- "La day-surgery nella riorganizzazione della rete ospedaliera umbra", I Quaderni di Panorama della Sanità, anno III, n. 3, marzo 1997.
- Delibera Giunta Regionale dell'Umbria N. 2088 del 9 aprile 1997:
"Riorganizzazione della rete ospedaliera: linee guida per l'organizzazione delle attività di day-surgery".
- Linee Guida n. 19 - Sistemi Qualità: "Linee Guida per l'applicazione della norma UNI EN ISO 9002 nella Chirurgia di giorno", Ente Nazionale Italiano di Unificazione.
- "Raccomandazioni clinico-organizzative per la chirurgia della cataratta non in ricovero ordinario" Società oftalmologia italiana, ottobre 1998.
- "Accreditation of ambulatory surgery centres" del National Day-surgery Committee of Australia (1998)
- Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000 - Un patto di solidarietà per

la salute.

- "Linee guida della Società italiana di otorinolaringoiatria", 1999.
- D.Lgs. 229/99 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".
- "Strategie, modelli e percorsi per l'attuazione della day-surgery nell'ambito delle Regioni", Progetto di ricerca della Regione Veneto in collaborazione con il Ce.R.GAS Bocconi e la F.I.D.S., 1999.
- Progetto di sperimentazione ex art. 12 comma 2 lett. b del D.Lgs. 502/92 della Regione Umbria: "Implementazione dell'assistenza chirurgica a ciclo diurno (day-surgery) per qualificare la rete ospedaliera regionale: individuazione di strumenti per la programmazione dei servizi e il miglioramento continuo della qualità"
- Progetto di sperimentazione ex art. 12 comma 2 lett. b del D.Lgs. 502/92 della Regione Campania: "Protocolli diagnostico-terapeutici in day-surgery: studio degli effetti sulla gestione in termini clinici, organizzativi, operativi ed economici".
- "Small office based surgery practice" della Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations dell'agosto 2000.
- Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, dati SDO 1998, Sistema Informativo Sanitario - Ministero della Sanità - Dipartimento della Programmazione, luglio 2000.
- Documento del gruppo tecnico del coordinamento delle regioni per la mobilità sanitaria interregionale Appropriatelyzza dei ricoveri per la Mobilità Sanitaria Interregionale: "Proposta sulle modalità di individuazione dei ricoveri presunti anomali, le relative segnalazioni nel file A di tale anomalia degli effetti finanziari da applicare nel sistema di compensazione interregionale della mobilità sanitaria", ottobre 2000.
- Decreto Ministero della Sanità N. 380 del 27 ottobre 2000 (G.U. n. 295 del 19-12-2000): "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati".
- Schema di accordo tra il Ministero della salute e le Regioni e le Province

autonome di Trento e di Bolzano di approvazione delle linee-guida per le attività di *Day Surgery*.(2002)

- Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992.
- Decreto Legislativo n. 517 del 7/12/1993.
- Decreto Legislativo 14 Dicembre 1994 del Ministero della Sanità “Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera”
- Circolare del Ministero della Sanità pubblicata sulla “Gazzetta Ufficiale” della Repubblica Italiana n. 150 del 26/6/1995.
- Regione Campania, Giunta Regionale – Seduta del 30/11/2001 – Deliberazione n. 6490 e suoi allegati – Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria – “Direttive Concernenti le attività di assistenza ospedaliera in regime di Day Surgery”, pubblicata sul B. U. R. C: n. 1 del 7/1/2002.
- Deliberazione Giunta Regionale n. 7301 del 31/12/2001, pubblicata sul B. U. R. C. n. 2 del 11/1/2002 - “Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’autorizzazione alla realizzazione ed all’esecuzione delle attività sanitarie e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private ed approvazione delle procedure di autorizzazione”.

Ogni prestazione viene incrementata del 7% secondo quanto disposto dalla Delibera della Regione Campania n° 1573 del 2004

ALLEGATI

**TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO E DIURNO
DA CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE GIA' CLASSIFICATE AI SENSI DEL D.M. 22.07.83 IN FASCIA FUNZIONALE "A"
(IMPORTI IN EURO)**

DRG				A	B	C	D	E
MDC TIPO				RICOVERI ORDINARI	RICOVERI DI 1 GIORNO E RICOVERI DIURNI	VALORE SOGLIA	INCREMENTO PRO DIE	Ricoveri di 1 giorno e ricoveri diurni (Day Surgery) in vigore dallo 01/01/2002
1	1	C	Craniotomia età > 17 eccetto per traumatismo	7.564,65	1.682,41	57	206,58	
2	1	C	Craniotomia età > 17 per traumatismo	6.835,41	2.278,61	34	242,11	
3	1	C	Craniotomia età < 18	7.088,26	1.572,50	54	242,11	
4	1	C	Interventi sul midollo spinale e sul canale midollare	5.144,32	1.417,57	47	131,38	
5	1	C	Interventi sui vasi extracranici	3.788,73	1.167,19	31	209,89	
6	1	C	Decompressione del tunnel carpale	1.202,31	816,42	11	222,28	961,85
7	1	C	Interventi sui nervi cranici e periferici ed altri interventi SN con CC	5.768,20	1.060,18	83	166,10	
8	1	C	Interventi sui nervi cranici e periferici ed altri interventi SN senza CC	2.216,22	779,64	25	136,76	
9	1	M	Malattie e traumi del midollo spinale e del canale midollare	4.230,82	219,81	41	183,03	
10	1	M	Neoplasie del sistema nervoso con CC	3.942,02	226,82	63	195,84	
11	1	M	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	2.578,98	212,37	50	178,90	
12	1	M	Malattie degenerative del sistema nervoso	3.226,41	185,93	48	159,90	
13	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	2.129,46	183,03	43	162,38	
14	1	M	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto TIA	3.141,30	191,30	52	157,00	
15	1	M	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	1.967,90	185,93	24	158,24	
16	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	3.148,32	202,04	41	165,68	
17	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	2.259,60	178,07	37	106,60	
18	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	2.602,94	197,90	37	163,20	
19	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	1.994,76	191,30	33	121,88	
20	1	M	Infezioni del sistema nervoso, esclusa meningite virale	4.381,21	255,75	55	146,26	
21	1	M	Meningite virale	2.429,82	195,02	31	113,21	
22	1	M	Encefalopatia ipertensiva	2.681,45	201,21	31	173,12	
23	1	M	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	2.212,91	187,16	41	136,76	
24	1	M	Convulsioni e cefalea, età > 17 con CC	2.149,70	217,74	31	169,81	
25	1	M	Convulsioni e cefalea, età > 17 senza CC	1.639,02	196,26	25	125,19	

				A	B	C	D	E
DRG				RICOVERI ORDINARI	RICOVERI DI 1 GIORNO E RICOVERI DIURNI	VALORE SOGLIA	INCREMENTO PRO DIE	Ricoveri di 1 giorno e ricoveri diurni (Day Surgery) in vigore dallo 01/01/2002
MDC TIPO								
26	1	M	Convulsioni e cefalea, età < 18	1.382,86	242,94	19	208,65	
27	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	3.611,90	253,27	37	195,42	
28	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 co	3.370,61	247,07	31	202,86	
29	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 se	1.720,42	213,81	14	177,25	
30	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18	1.127,11	292,94	7	234,26	
31	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 con CC	1.673,74	340,03	25	260,70	
32	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 senza CC	1.121,33	290,04	11	136,34	
33	1	M	Commozione cerebrale, età < 18	885,62	336,73	7	269,80	
34	1	M	Altre malattie del sistema nervoso con CC	3.435,89	230,54	49	202,86	
35	1	M	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	2.259,60	199,56	41	170,22	
36	2	C	Interventi sulla retina	2.274,48	806,09	24	147,91	
37	2	C	Interventi sull'orbita	2.692,18	980,03	28	193,36	
38	2	C	Interventi principali sull'iride	1.565,49	750,31	17	178,49	
39	2	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1.501,44	948,63	14	194,60	1.201,15
40	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari escluso orbita, età > 17	1.163,47	758,98	11	209,06	930,78
41	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari escluso orbita, età < 18	1.062,25	730,89	7	209,89	849,80
42	2	C	Interventi sulle strutture intraoculari escluso retina, iride, cristallino	1.954,27	868,06	21	157,00	
43	2	M	Emorragia sottocongiuntivale	932,51	192,95	14	142,54	
44	2	M	Infezioni acute principali dell'occhio	1.908,41	196,66	27	121,47	
45	2	M	Malattie neurologiche dell'occhio	1.793,55	237,98	25	197,50	
46	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 con CC	1.993,11	229,72	29	193,78	
47	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 senza CC	1.507,64	213,19	23	180,14	
48	2	M	Altre malattie dell'occhio, età < 18	1.310,56	254,10	15	225,59	
49	3	C	Interventi chirurgici maggiori su capo e collo	5.567,82	1.587,38	71	156,18	
50	3	C	Scialoadenectomia	2.161,27	880,87	24	178,49	
51	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari, esclusa scialoadenectomia	1.894,36	804,02	17	176,42	
52	3	C	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	1.905,52	737,91	18	168,98	
53	3	C	Interventi su seni paranasali e sulla mastoide, età > 17	1.789,01	742,05	17	156,18	
54	3	C	Interventi su seni paranasali e sulla mastoide, età < 18	1.672,50	915,58	21	128,08	
55	3	C	Interventi vari su orecchio, naso, gola	1.598,54	846,58	14	176,42	
56	3	C	Rinoplastica	1.408,07	726,34	14	168,57	

				A	B	C	D	E
DRG				RICOVERI ORDINARI	RICOVERI DI 1 GIORNO E RICOVERI DIURNI	VALORE SOGLIA	INCREMENTO PRO DIE	Ricoveri di 1 giorno e ricoveri diurni (Day Surgery) in vigore dallo 01/01/2002
MDC TIPO								
57	3	C	Interv. sulle tonsille e adenoidi, esclusa tonsillect. e/o adenoidect., età >	1.185,78	559,02	11	150,39	948,62
58	3	C	Interv. sulle tonsille e adenoidi, esclusa tonsillect. e/o adenoidect., età <	1.121,33	649,91	5	201,62	897,06
59	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17	815,18	558,18	7	142,13	652,14
60	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18	540,01	342,93	5	181,38	432,01
61	3	C	Miringotomia, età > 17	1.889,41	930,45	15	290,87	
62	3	C	Miringotomia, età < 18	1.080,02	905,25	7	235,92	
63	3	C	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	2.601,29	1.134,97	24	162,78	
64	3	M	Tumori maligni di orecchio, naso, bocca e gola	2.816,14	226,82	37	182,62	
65	3	M	Turbe dell'equilibrio	1.535,32	196,26	24	170,64	
66	3	M	Epistassi	1.287,01	220,63	17	135,52	
67	3	M	Epiglottite	1.434,10	286,74	17	209,06	
68	3	M	Otite media e infezione delle prime vie aeree, con CC, età > 17	2.010,05	215,26	27	194,18	
69	3	M	Otite media e infezione delle prime vie aeree, senza CC, età > 17	1.436,16	192,54	17	168,57	
70	3	M	Otite media e infezione delle prime vie aeree, età < 18	1.089,93	211,13	11	149,15	
71	3	M	Laringotracheite	1.337,00	207,41	11	198,32	
72	3	M	Traumatismi e deformità del naso	1.578,30	296,24	14	228,06	
73	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17	1.713,81	248,73	17	206,58	
74	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18	1.103,15	290,04	7	219,81	
75	4	C	Interventi maggiori sul torace	5.866,95	1.529,13	48	176,01	
76	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	5.556,25	968,46	64	171,05	
77	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	2.144,74	716,84	45	163,20	
78	4	M	Embolia polmonare	3.437,54	196,26	55	163,62	
79	4	M	Infezioni ed infiammazioni respiratorie, con CC, età > 17	5.338,51	185,93	79	161,96	
80	4	M	Infezioni ed infiammazioni respiratorie, senza CC, età > 17	3.893,26	161,96	92	148,74	
81	4	M	Infezioni ed infiammazioni respiratorie, età < 18	3.454,89	261,12	41	232,62	
82	4	M	Neoplasie dell'apparato respiratorio	3.049,58	206,58	47	134,28	
83	4	M	Traumi toracici maggiori, con CC	1.934,44	228,46	24	180,97	
84	4	M	Traumi toracici maggiori, senza CC	1.176,28	212,37	17	174,77	
85	4	M	Versamento pleurico, con CC	3.496,62	200,38	51	182,62	
86	4	M	Versamento pleurico, senza CC	3.074,37	194,60	48	111,55	
87	4	M	Edema polmonare ed insufficienza respiratoria	2.530,64	216,50	31	171,88	

DRG			A	B	C	D	E
MDC TIPO			RICOVERI ORDINARI	RICOVERI DI 1 GIORNO E RICOVERI DIURNI	VALORE SOGLIA	INCREMENTO PRO DIE	Ricoveri di 1 giorno e ricoveri diurni (Day Surgery) in vigore dallo 01/01/2002
88	4	M	Broncopneumopatia cronica ostruttiva	2.308,35	164,02	31	144,61
89	4	M	Polmonite classica e pleurite, con CC, età > 17	3.175,18	192,12	38	168,57
90	4	M	Polmonite classica e pleurite, senza CC, età > 17	2.118,71	154,94	31	99,58
91	4	M	Polmonite classica e pleurite, età < 18	1.558,05	193,78	17	178,07
92	4	M	Polmonite interstiziale, con CC	3.759,81	184,88	44	161,54
93	4	M	Polmonite interstiziale, senza CC	2.499,24	176,01	39	157,00
94	4	M	Pneumotorace con CC	3.431,75	203,89	41	174,77
95	4	M	Pneumotorace senza CC	1.804,30	172,29	24	147,91
96	4	M	Bronchite e asma, con CC, età > 17	1.899,32	177,86	28	153,29
97	4	M	Bronchite e asma, senza CC, età > 17	1.491,11	157,42	27	104,12
98	4	M	Bronchite e asma, età < 18	1.230,41	202,04	17	185,93
99	4	M	Segni e sintomi respiratori, con CC	2.060,46	174,73	41	92,14
100	4	M	Segni e sintomi respiratori, senza CC	1.528,71	162,38	37	86,35
101	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio, con CC	2.396,78	222,28	34	187,58
102	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio, senza CC	1.439,06	206,17	25	178,90
103	5	C	Trapianto di cuore	39.973,76	5.450,06	70	462,74
104	5	C	Interventi sulle valvole cardiache con cateterismo cardiaco	14.661,59	9.170,21	48	539,59
105	5	C	Interventi sulle valvole cardiache senza cateterismo cardiaco	12.394,97	5.794,23	38	250,38
106	5	C	By-pass coronarico con cateterismo cardiaco	12.479,66	3.694,94	52	523,48
107	5	C	By-pass coronarico senza cateterismo cardiaco	10.329,14	2.858,28	29	228,06
108	5	C	Altri interventi cardiotoracici	9.089,64	3.271,86	32	298,72
110	5	C	Interventi maggiori cardiovascolari, con CC	8.154,23	2.249,27	61	226,42
111	5	C	Interventi maggiori cardiovascolari, senza CC	4.999,30	1.545,24	45	185,10
112	5	C	Procedure cardiovascolari per via percutanea	4.957,98	1.660,10	24	279,71
113	5	C	Amputazione per malattie circolatorie, eccetto arti superiori e dita piedi	7.560,10	1.458,06	87	171,46
114	5	C	Amputazione per malattie circolatorie, arti superiori e dita piedi	5.154,66	802,37	82	188,82
115	5	C	Impianto di pace-maker permanente con IMA, scompenso cardiaco o sh	8.464,11	4.650,59	41	349,54
116	5	C	Impianto di pace-maker permanente senza IMA, scompenso cardiaco o	5.553,36	4.821,23	24	289,83
117	5	C	Revisione senza sostituzione di pace-maker	3.897,80	1.701,00	28	238,81
118	5	C	Sostituzione di pace-maker	5.164,57	3.645,78	32	207,82
119	5	C	Legatura di vene e stripping	1.518,80	871,78	14	195,84
							1.215,04

				A	B	C	D	E
DRG				RICOVERI ORDINARI	RICOVERI DI 1 GIORNO E RICOVERI DIURNI	VALORE SOGLIA	INCREMENTO PRO DIE	Ricoveri di 1 giorno e ricoveri diurni (Day Surgery) in vigore dallo 01/01/2002
MDC TIPO								
120	5	C	Altri interventi sull'apparato circolatorio	5.300,91	1.344,44	65	249,97	
121	5	M	Malattie cardiovascolari con IMA con complicanze cardiovascolari, dime	3.906,90	236,33	32	190,06	
122	5	M	Malattie cardiovascolari con IMA senza complicanze cardiovascolari, di	3.111,55	234,26	26	187,58	
123	5	M	Malattie cardiovascolari con IMA, deceduto	2.808,70	348,30	27	244,18	
124	5	M	Mal. cardiovas. eccetto IMA, con cateterismo cardiaco, diag. complessa	2.897,12	369,78	37	288,80	
125	5	M	Mal. cardiovas. eccetto IMA, con cateterismo cardiaco, diag. non compless	1.389,89	361,10	14	197,08	
126	5	M	Endocardite acuta e subacuta	6.686,67	209,89	98	179,73	
127	5	M	Insufficienza cardiaca e shock	2.473,21	190,47	34	159,07	
128	5	M	Tromboflebite vene profonde	2.103,84	168,98	31	147,09	
129	5	M	Arresto cardiaco senza motivazioni	3.232,61	264,84	56	160,72	
130	5	M	Malattie cardiovascolari periferiche, con CC	2.819,86	199,56	48	171,05	
131	5	M	Malattie cardiovascolari periferiche, senza CC	1.954,69	180,97	39	158,24	
132	5	M	Aterosclerosi, con CC	2.424,87	199,14	34	121,06	
133	5	M	Aterosclerosi, senza CC	1.745,21	184,69	34	111,14	
134	5	M	Iipertensione	1.612,58	187,58	27	118,58	
135	5	M	Cardiopatie congenite e vizi valvolari, con CC, età > 17	2.433,96	211,54	34	170,64	
136	5	M	Cardiopatie congenite e vizi valvolari, senza CC, età > 17	1.667,54	190,88	35	168,16	
137	5	M	Cardiopatie congenite e vizi valvolari, età < 18	2.560,80	371,43	19	284,67	
138	5	M	Aritmie cardiache e disturbi di conduzione, con CC	2.585,59	256,99	31	222,28	
139	5	M	Aritmie cardiache e disturbi di conduzione, senza CC	1.515,49	195,02	25	167,34	
140	5	M	Angina pectoris	1.743,56	197,08	24	168,98	
141	5	M	Sincope e collasso, con CC	1.933,20	210,71	27	125,60	
142	5	M	Sincope e collasso, senza CC	1.443,18	194,18	21	114,45	
143	5	M	Dolore toracico	1.795,62	305,74	19	271,04	
144	5	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio, con CC	3.155,34	229,72	37	187,99	
145	5	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio, senza CC	2.148,05	201,62	41	174,77	
146	6	C	Resezione del retto, con CC	6.684,19	1.471,70	66	171,46	
147	6	C	Resezione del retto, senza CC	4.668,77	1.162,65	54	157,00	
148	6	C	Interventi maggiori sull'intestino tenue e crasso, con CC	7.030,84	1.506,40	65	190,47	
149	6	C	Interventi maggiori sull'intestino tenue e crasso, senza CC	4.110,17	1.038,29	49	118,99	
150	6	C	Lisi di aderenze peritoneali, con CC	4.436,16	1.096,54	41	195,02	

				A	B	C	D	E
DRG				RICOVERI ORDINARI	RICOVERI DI 1 GIORNO E RICOVERI DIURNI	VALORE SOGLIA	INCREMENTO PRO DIE	Ricoveri di 1 giorno e ricoveri diurni (Day Surgery) in vigore dallo 01/01/2002
MDC TIPO								
151	6	C	Lisi di aderenze peritoneali, senza CC	2.382,31	784,19	26	150,81	
152	6	C	Interventi minori sull'intestino tenue e crasso, con CC	3.983,74	1.056,88	48	166,92	
153	6	C	Interventi minori sull'intestino tenue e crasso, senza CC	2.793,42	872,19	34	159,90	
154	6	C	Interventi sull'esofago, stomaco e duodeno, con CC, età > 17	8.130,27	1.731,58	67	216,09	
155	6	C	Interventi sull'esofago, stomaco e duodeno, senza CC, età > 17	3.913,50	957,30	48	148,74	
156	6	C	Interventi sull'esofago, stomaco e duodeno, età < 18	3.754,02	887,48	24	192,12	
157	6	C	Interventi su ano e stoma, con CC	2.763,25	676,35	34	174,77	
158	6	C	Interventi su ano e stoma, senza CC	1.415,50	583,80	17	172,70	1.132,40
159	6	C	Interventi per ernia, escluse le ernie inguinali e femorali, con CC, età > 1	3.919,70	815,18	44	157,42	
160	6	C	Interventi per ernia, escluse le ernie inguinali e femorali, senza CC, età >	1.912,54	718,08	27	154,52	1.530,03
161	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, con CC, età > 17	2.286,05	755,68	27	183,86	
162	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, senza CC, età > 17	1.480,78	742,87	14	166,50	1.184,62
163	6	C	Interventi per ernia, età < 18	1.060,18	787,08	7	235,50	848,14
164	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata, con CC	3.445,38	903,18	28	185,93	
165	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata, senza CC	1.791,80	714,78	12	177,66	
166	6	C	Appendicectomia senza diagnosi principale complicata, con CC	2.489,74	752,78	22	180,97	
167	6	C	Appendicectomia senza diagnosi principale complicata, senza CC	1.304,78	701,55	12	148,74	
168	3	C	Interventi sulla bocca, con CC	2.909,51	784,60	43	158,24	
169	3	C	Interventi sulla bocca senza CC	1.993,94	725,93	23	156,56	
170	6	C	Altri interventi sull'apparato digerente, con CC	5.660,37	1.204,79	64	195,02	
171	6	C	Altri interventi sull'apparato digerente, senza CC	3.140,06	771,38	44	170,64	
172	6	M	Tumori maligni dell'apparato digerente, con CC	3.155,34	216,50	53	190,06	
173	6	M	Tumori maligni dell'apparato digerente, senza CC	2.917,36	214,43	51	173,94	
174	6	M	Emorragia gastroenterica, con CC	2.889,68	211,95	37	169,40	
175	6	M	Emorragia gastroenterica, senza CC	1.716,29	184,27	27	154,11	
176	6	M	Ulcera peptica complicata	2.352,57	216,09	31	171,88	
177	6	M	Ulcera peptica non complicata, con CC	2.336,45	178,49	34	147,91	
178	6	M	Ulcera peptica non complicata, senza CC	1.591,10	172,29	27	109,07	
179	6	M	Malattia infiammatoria intestinale	2.611,21	197,50	38	167,74	
180	6	M	Occlusione gastroenterica, con CC	2.214,98	206,17	34	171,46	
181	6	M	Occlusione gastroenterica, senza CC	1.434,10	178,49	24	108,66	

DRG				A	B	C	D	E
MDC TIPO				RICOVERI ORDINARI	RICOVERI DI 1 GIORNO E RICOVERI DIURNI	VALORE SOGLIA	INCREMENTO PRO DIE	Ricoveri di 1 giorno e ricoveri diurni (Day Surgery) in vigore dallo 01/01/2002
182	6	M	Esofagite, gastroenterite e altre malattie apparato digerente, con CC, età	1.993,94	189,23	31	120,23	
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e altre malattie app. digerente, senza CC, età >	1.393,61	182,62	25	118,99	
184	6	M	Esofagite, gastroenterite e altre malattie apparato digerente, età < 18	1.009,78	213,61	11	192,12	
185	3	M	Malattie dei denti e della bocca, escluse estrazioni e riparazioni, età > 17	1.562,18	249,14	23	189,64	
186	3	M	Malattie dei denti e della bocca, escluse estrazioni e riparazioni, età < 18	1.275,86	233,02	15	203,69	
187	3	M	Estrazioni e riparazioni dentarie	1.325,02	297,06	11	202,86	
188	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, con CC, età > 17	2.651,70	214,43	39	174,77	
189	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, senza CC, età > 17	1.475,82	200,38	21	171,88	
190	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 18	1.307,26	221,81	15	195,02	
191	7	C	Interventi maggiori su pancreas, fegato e interventi di shunt, con CC	9.449,51	1.924,11	71	212,78	
192	7	C	Interventi maggiori su pancreas, fegato e interventi di shunt, senza CC	5.843,40	1.184,14	59	171,88	
193	7	C	Interv. vie biliari, esclusa colecistectomia con o senza espl.dotto com., c	7.018,03	1.510,54	62	186,75	
194	7	C	Interv.vie biliari, esclusa colecistectomia con o senza espl.dotto com., se	5.243,07	1.136,21	57	186,34	
195	7	C	Colecistectomia con esplorazione dotto comune, con CC	5.550,46	1.221,32	50	165,68	
196	7	C	Colecistectomia con esplorazione dotto comune, senza CC	3.623,05	992,42	46	109,49	
197	7	C	Colecistectomia senza esplorazione dotto comune, con CC	4.046,96	1.096,93	48	160,72	
198	7	C	Colecistectomia senza esplorazione dotto comune, senza CC	2.248,86	974,25	27	155,76	
199	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari per tumore maligno	5.271,58	1.219,25	61	133,04	
200	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari non per tumore maligno	4.984,84	1.124,22	45	224,35	
201	7	C	Altri interventi chirurgici epatobiliari e su pancreas	6.818,88	1.463,85	86	258,64	
202	7	M	Cirrosi ed epatite alcolica	3.275,58	255,34	41	198,74	
203	7	M	Tumori maligni del sistema epatobiliare o pancreas	2.814,90	218,98	51	175,18	
204	7	M	Malattie del pancreas, escluso tumori maligni	2.636,00	193,78	37	162,78	
205	7	M	Malattie del fegato, escluso tumori maligni, cirrosi, epatite alcolica, con	3.015,28	218,15	42	193,78	
206	7	M	Malattie del fegato, escluso tumori maligni, cirrosi, epatite alcolica, senz	1.913,37	216,50	41	174,35	
207	7	M	Malattie delle vie biliari, con CC	2.740,53	202,86	37	155,76	
208	7	M	Malattie delle vie biliari, senza CC	1.790,25	183,43	31	125,19	
209	8	C	Interventi maggiori sulle articolazioni e sugli arti	6.383,82	3.193,36	42	152,05	
210	8	C	Interventi sull'anca e femore escluse articolazioni maggiori, con CC, età	6.065,68	1.298,56	62	143,37	
211	8	C	Interventi sull'anca e femore escluse articolazioni maggiori, senza CC, et	3.411,92	1.094,06	37	141,71	
212	8	C	Interventi sull'anca e femore escluse articolazioni maggiori, età < 18	4.381,21	1.556,39	41	217,74	

			A	B	C	D	E	
DRG			RICOVERI ORDINARI	RICOVERI DI 1 GIORNO E RICOVERI DIURNI	VALORE SOGLIA	INCREMENTO PRO DIE	Ricoveri di 1 giorno e ricoveri diurni (Day Surgery) in vigore dallo 01/01/2002	
MDC TIPO								
213	8	C	Amputazioni per malattie dell'apparato muscoloscheletrico e tessuto con	4.682,82	1.013,50	82	126,84	
214	8	C	Interventi sulla schiena e sul collo, con CC	5.493,45	1.497,31	57	157,42	
215	8	C	Interventi sulla schiena e sul collo, senza CC	2.623,60	899,05	34	119,41	
216	8	C	Biopsie dell' app. muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	3.763,94	1.144,88	37	248,31	
217	8	C	Sbrigliamento ferite e trapianto cute, esclusa mano app. muscolosch./co	6.519,34	1.748,10	69	203,69	
218	8	C	Interventi arti inf. e omero, escluso anca, piede, femore, con CC, età > 1	4.519,62	1.278,74	48	148,33	
219	8	C	Interventi arti inf. e omero, escluso anca, piede, femore, senza CC, età >	2.214,15	908,97	31	140,48	
220	8	C	Interventi arti inf. e omero, escluso anca, piede, femore, età < 18	2.041,04	1.006,89	24	163,20	
221	8	C	Interventi sul ginocchio, con CC	3.475,14	1.246,10	42	153,70	
222	8	C	Interventi sul ginocchio, senza CC	2.201,76	1.182,06	21	146,26	1.761,41
223	8	C	Interventi maggiori su spalla/gomito o su altre estremità superiori, con C	1.913,37	805,67	24	157,42	
224	8	C	Interventi spalla, gomito, avambr., escluso int. articolari maggiori, senza	1.632,42	803,61	21	149,98	1.305,94
225	8	C	Interventi sul piede	1.820,41	878,39	21	181,79	1.456,33
226	8	C	Interventi sui tessuti molli, con CC	3.660,23	1.002,75	42	163,20	
227	8	C	Interventi sui tessuti molli, senza CC	1.560,11	770,14	17	161,96	1.248,09
228	8	C	Interventi maggiori su pollice o articolazioni mano o polso, con CC	1.743,14	884,18	21	185,51	
229	8	C	Intervento su mano e polso, escluso interventi maggiori articolari, senza	1.224,62	757,34	11	156,18	979,70
230	8	C	Escissione locale e rimozione di protesi endomidollare anca e femore	1.846,85	751,96	21	120,23	
231	8	C	Escissione locale e rimozione di protesi endomidollare escluso anca e fe	1.862,14	940,37	17	184,27	1.489,71
232	8	C	Artroscopia	1.580,77	863,93	14	155,76	1.264,62
233	8	C	Altri interventi apparato muscoloscheletrico e tessuto connettivo, con CC	5.584,34	1.544,42	47	201,62	
234	8	C	Altri interventi apparato muscoloscheletrico e tessuto connettivo, senza	2.645,50	1.031,26	42	164,02	
235	8	M	Fratture di femore	3.100,39	229,30	50	199,14	
236	8	M	Fratture di anca e pelvi	3.115,27	234,68	51	209,89	
237	8	M	Distorsioni, stralamenti, lussazioni di anca, pelvi e coscia	1.627,46	198,32	33	164,44	
238	8	M	Osteomieli	3.435,89	218,15	51	113,21	
239	8	M	Fratture patologiche e tumori maligni app. muscolosch. e tess. connettiv	2.679,79	232,20	37	190,88	
240	8	M	Malattie del tessuto connettivo, con CC	3.780,05	212,37	47	138,41	
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo, senza CC	2.414,95	192,95	50	114,03	
242	8	M	Artrite settica	3.227,23	241,29	60	123,54	
243	8	M	Lombalgia	1.740,66	193,36	31	105,36	

				A	B	C	D	E
DRG				RICOVERI ORDINARI	RICOVERI DI 1 GIORNO E RICOVERI DIURNI	VALORE SOGLIA	INCREMENTO PRO DIE	Ricoveri di 1 giorno e ricoveri diurni (Day Surgery) in vigore dallo 01/01/2002
MDC TIPO								
244	8	M	Malattie delle ossa e artropatie specifiche, con CC	2.376,11	229,74	37	106,18	
245	8	M	Malattie delle ossa e artropatie specifiche, senza CC	1.687,37	187,99	39	82,63	
246	8	M	Artropatie aspecifiche	1.791,07	183,86	39	98,34	
247	8	M	Segni e sintomi relativi all'apparato muscoloscheletrico e al tessuto conn	1.532,85	200,80	41	114,45	
248	8	M	Tendiniti, miositi, borsiti	1.582,42	195,42	32	166,50	
249	8	M	Riabilitazione per malattie dell'apparato muscoloscheletrico e del t. conn	1.176,70	240,05	15	178,49	
250	8	M	Fratture, distors., stiramenti, lussazioni avambraccio, mano, piede, con CC	1.730,75	368,13	25	138,82	
251	8	M	Fratture, distors., stiramenti, lussazioni avambraccio, mano, piede, senza C	1.191,16	267,32	11	130,98	
252	8	M	Fratture, distors., stiramenti, lussazioni avambraccio, mano, piede, età < 18	840,38	292,52	4	191,30	
253	8	M	Fratture, distors., stiramenti, lussaz. braccio, gamba escluso piede, con CC	1.913,37	256,56	31	156,18	
254	8	M	Fratture, distors., stiramenti, lussaz. braccio, gamba escl. piede, senza CC	1.140,75	186,75	15	115,89	
255	8	M	Fratture, distors., stiramenti, lussaz. braccio, gamba escl. piede, età < 18	1.125,05	287,56	11	164,86	
256	8	M	Altre diagnosi relative all'apparato muscoloscheletrico e tessuto connett	1.389,06	223,11	23	140,48	
257	9	C	Mastectomia radicale per tumore maligno, con CC	3.512,74	854,42	38	159,07	
258	9	C	Mastectomia radicale per tumore maligno, senza CC	2.271,17	837,01	29	152,05	
259	9	C	Mastectomia subtotale per tumore maligno, con CC	3.446,62	774,69	37	145,02	
260	9	C	Mastectomia subtotale per tumore maligno, senza CC	1.905,10	757,34	24	126,02	
261	9	C	Interventi su mammella non per tumore maligno, escluso biopsia/escissi	2.014,18	1.058,94	17	185,10	1.611,34
262	9	C	Biopsia ed escissione locale della mammella, non per tumore maligno	1.274,62	738,74	11	197,08	1.019,70
263	9	C	Trapianti cute e/o asportazione tess. per ulcera cutanea o cellulite, con	5.573,19	1.192,81	97	104,53	
264	9	C	Trapianti cute e/o asportazione tess. per ulcera cutanea o cellulite, senz	3.286,32	674,70	72	95,03	
265	9	C	Trapianti cute e/o asportazione tess. escl. ulcera cutanea o cellulite, con	3.854,42	1.138,27	43	169,40	
266	9	C	Trapianti cute e/o asportazione tess. escl. ulcera cutanea o cellulite, senz	2.141,02	868,47	23	131,38	
267	9	C	Interventi perianali o pilonidali	1.600,19	628,84	21	179,73	1.280,15
268	9	C	Chirurgia plastica della cute, tessuto sottocutaneo, mammella	1.708,02	741,63	19	169,40	
269	9	C	Altri interventi sulla cute, tess. sottocutaneo e mammella, con CC	3.301,19	919,30	49	200,80	
270	9	C	Altri interventi sulla cute, tess. sottocutaneo e mammella, senza CC	1.403,11	636,69	19	171,05	
271	9	M	Ulcere cutanee	3.498,69	167,34	61	145,43	
272	9	M	Malattie maggiori della cute, con CC	3.011,15	222,28	44	180,97	
273	9	M	Malattie maggiori della cute, senza CC	2.195,98	175,59	38	161,54	
274	9	M	Neoplasie maligne della mammella, con CC	3.616,85	256,56	59	153,70	

DRG				A	B	C	D	E
MDC TIPO				RICOVERI ORDINARI	RICOVERI DI 1 GIORNO E RICOVERI DIURNI	VALORE SOGLIA	INCREMENTO PRO DIE	Ricoveri di 1 giorno e ricoveri diurni (Day Surgery) in vigore dallo 01/01/2002
275	9	M	Neoplasie maligne della mammella, senza CC	2.406,27	213,61	27	128,08	
276	9	M	Patologie benigne della mammella	1.100,67	209,47	19	168,57	
277	9	M	Cellulite, con CC, età > 17	2.707,89	183,86	37	105,77	
278	9	M	Cellulite, senza CC, età > 17	1.605,15	174,77	28	104,53	
279	9	M	Cellulite, età < 18	1.225,86	216,50	14	197,50	
280	9	M	Traumi della cute, tess. sottocutaneo, mammella, con CC, età > 17	1.544,82	264,03	25	214,02	
281	9	M	Traumi della cute, tess. sottocutaneo, mammella, senza CC, età > 17	1.287,01	259,06	15	206,99	
282	9	M	Traumi della cute, tess. sottocutaneo, mammella, età < 18	1.170,91	403,25	7	185,51	
283	9	M	Malattie minori della cute, con CC	2.308,77	197,06	34	117,34	
284	9	M	Malattie minori della cute, senza CC	1.365,10	187,56	27	168,16	
285	10	C	Amputazioni degli arti inferiori per malattie endocrine, nutriz. e metaboliche	7.724,54	1.329,98	104	104,12	
286	10	C	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	5.614,82	1.320,46	38	206,58	
287	10	C	Trapianto di cute e sbrigliamento di ferite per mal. endocrine, nutriz, met	5.111,68	1.099,85	69	135,10	
288	10	C	Interventi per obesità	2.858,28	979,20	41	145,43	
289	10	C	Interventi sulle paratiroidi	2.859,93	892,44	28	187,16	
290	10	C	Interventi sulla tiroide	1.996,42	821,38	21	131,80	
291	10	C	Interventi sul dotto tiroglossa	1.064,31	646,61	14	160,31	
292	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche, con CC	6.236,74	1.443,60	65	271,04	
293	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche, senza	4.033,74	872,61	43	102,88	
294	10	M	Diabete età > 35	2.067,48	179,31	34	109,07	
295	10	M	Diabete età 0-35	1.751,82	243,35	32	206,99	
296	10	M	Disturbi della nutrizione e disordini vari del metabolismo, età > 17, con	2.650,46	198,74	41	180,97	
297	10	M	Disturbi della nutrizione e disordini vari del metabolismo, età > 17, senza	2.046,82	192,12	39	161,96	
298	10	M	Disturbi della nutrizione e disordini vari del metabolismo, età < 18	1.229,17	198,74	15	162,38	
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo	2.245,97	272,69	27	184,69	
300	10	M	Disordini endocrini, con CC	2.681,45	223,11	42	184,69	
301	10	M	Disordini endocrini, senza CC	1.550,61	223,11	32	124,36	
302	11	C	Trapianto di rene	29.314,10	3.166,50	62	595,37	
303	11	C	Interventi su rene, uretere, e interventi maggiori su vescica per tumori	5.777,70	1.440,30	58	145,85	
304	11	C	Interventi su rene, uretere e interv. maggiori su vescica non per tumori, c	5.286,04	1.164,30	51	180,14	
305	11	C	Interv. su rene, uretere e interv. maggiori su vescica non per tumori, sen	3.884,99	935,41	37	175,59	

				A	B	C	D	E
DRG				RICOVERI ORDINARI	RICOVERI DI 1 GIORNO E RICOVERI DIURNI	VALORE SOGLIA	INCREMENTO PRO DIE	Ricoveri di 1 giorno e ricoveri diurni (Day Surgery) in vigore dallo 01/01/2002
MDC TIPO								
306	11	C	Prostatectomia, con CC	3.585,45	846,16	44	174,35	
307	11	C	Prostatectomia, senza CC	2.221,18	636,69	28	144,61	
308	11	C	Interventi minori sulla vescica, con CC	4.226,68	1.221,32	55	226,00	
309	11	C	Interventi minori sulla vescica, senza CC	2.729,37	895,74	42	125,60	
310	11	C	Interventi per via transuretrale, con CC	2.905,38	785,02	31	207,41	
311	11	C	Interventi per via transuretrale, senza CC	1.648,94	676,77	21	128,90	1.319,15
312	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17, con CC	1.857,18	718,50	31	168,16	
313	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17, senza CC	1.691,09	619,34	24	149,57	
314	11	C	Interventi sull'uretra, età < 18	1.902,62	879,63	25	160,31	
315	11	C	Altri interventi su rene e vie urinarie	4.624,66	1.303,95	68	174,77	
316	11	M	Insufficienza renale	3.172,29	258,23	46	202,04	
317	11	M	Ricovero per dialisi renale	1.974,52	237,98	41	136,34	
318	11	M	Tumori del rene e vie urinarie, con CC	2.909,93	266,49	49	224,76	
319	11	M	Tumori del rene e vie urinarie, senza CC	2.297,62	199,98	37	164,86	
320	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17, con CC	2.232,74	197,50	31	164,86	
321	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17, senza CC	1.759,67	187,16	24	130,14	
322	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18	1.731,99	220,63	23	135,10	
323	11	M	Calcolosi urinaria, con CC, e/o litotrixxia (ESWL)	2.218,70	234,26	17	197,50	
324	11	M	Calcolosi urinaria, senza CC	1.203,97	177,25	17	148,33	
325	11	M	Segni e sintomi relativi al rene e alle vie urinarie, età > 17, con CC	2.341,82	240,46	27	206,58	
326	11	M	Segni e sintomi relativi al rene e alle vie urinarie, età > 17, senza CC	1.706,38	211,13	21	183,03	
327	11	M	Segni e sintomi relativi al rene e alle vie urinarie, età < 18	1.430,79	225,59	15	203,28	
328	11	M	Stenosi uretrale, età > 17, con CC	2.097,23	256,99	28	121,47	
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17, senza CC	1.214,70	192,95	25	99,58	
330	11	M	Stenosi uretrale, età < 18	1.027,13	248,31	15	140,06	
331	11	M	Altre diagnosi relative a reni e vie urinarie, età > 17, con CC	2.638,89	211,13	42	174,35	
332	11	M	Altre diagnosi relative a reni e vie urinarie, età > 17, senza CC	1.716,70	204,93	33	174,35	
333	11	M	Altre diagnosi relative a reni e vie urinarie, età < 18	1.794,79	273,93	15	223,11	
334	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi nel maschio, con CC	4.355,18	1.234,95	43	168,57	
335	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi nel maschio, senza CC	3.604,47	1.116,76	33	164,02	
336	12	C	Prostatectomia per via transuretrale, con CC	2.767,38	674,70	35	146,26	

				A	B	C	D	E
DRG				RICOVERI ORDINARI	RICOVERI DI 1 GIORNO E RICOVERI DIURNI	VALORE SOGLIA	INCREMENTO PRO DIE	Ricoveri di 1 giorno e ricoveri diurni (Day Surgery) in vigore dallo 01/01/2002
MDC TIPO								
337	12	C	Prostatectomia per via transuretrale, senza CC	2.104,25	601,98	28	141,71	
338	12	C	Interventi sul testicolo, per tumore maligno	2.572,37	811,87	24	180,97	
339	12	C	Interventi sul testicolo, non per tumore maligno, età > 17	1.269,66	698,66	11	152,87	
340	12	C	Interventi sul testicolo, non per tumore maligno, età < 18	1.165,13	793,68	7	239,22	932,10
341	12	C	Interventi sul pene	2.526,50	1.008,46	21	163,20	
342	12	C	Circoncisione, età > 17	1.165,85	736,67	11	211,85	
343	12	C	Circoncisione, età < 18	724,70	535,05	5	195,42	
344	12	C	Altri interventi chirurgici sull'apparato riproduttivo maschile, per tum mali	3.732,54	1.049,44	41	147,09	
345	12	C	Altri interventi chirurgici sull'app.riproduttivo maschile, escluso tum malign	2.425,28	707,34	27	180,97	
346	12	M	Tumore maligno dell'app. riproduttivo maschile, con CC	3.261,11	232,62	45	197,50	
347	12	M	Tumore maligno dell'app. riproduttivo maschile, senza CC	2.267,86	211,95	41	184,27	
348	12	M	Iperplasia prostatica benigna, con CC	2.172,42	185,10	31	155,35	
349	12	M	Iperplasia prostatica benigna, senza CC	1.715,46	181,79	29	154,52	
350	12	M	Infiammazione dell'apparato riproduttivo maschile	1.289,08	215,26	17	177,25	
352	12	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	1.220,90	376,81	15	154,11	
353	13	C	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	4.659,26	1.565,07	38	205,76	
354	13	C	Interventi su utero ed annessi per tumore maligno non di ovaio/annessi,	4.563,00	959,78	57	141,71	
355	13	C	Interventi su utero ed annessi per tumore maligno non di ovaio/annessi,	2.590,54	752,78	29	106,60	
356	13	C	Interventi di ricostruzione dell'apparato riproduttivo femminile	2.193,08	680,90	23	108,25	
357	13	C	Interventi su utero ed annessi per tumore maligno dell'ovaio o degli anne	4.903,45	1.344,44	45	152,87	
358	13	C	Interventi su utero ed annessi non per tumore maligno, con CC	2.840,93	869,30	29	158,24	
359	13	C	Interventi su utero ed annessi non per tumore maligno, senza CC	2.039,80	823,02	17	128,50	
360	13	C	Interventi su vagina, cervice e vulva	1.554,33	718,91	11	195,84	1.243,46
361	13	C	Laparoscopia e sezione delle tube	1.329,98	861,86	11	202,86	
362	13	C	Interruzione endoscopica delle tube	836,66	711,89	7	128,90	
363	13	C	Dilat. e raschiame., con conizzazione e impianto mat radioattivo per tum	1.922,05	679,25	17	214,85	
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, con conizzazione escluso tumore maligno	1.175,87	597,85	7	188,40	940,70
365	13	C	Altri interventi chirurgici sull'apparato riproduttivo femminile	2.971,90	930,45	43	147,91	
366	13	M	Tumore maligno dell'app. riproduttivo femminile, con CC	3.175,59	249,14	55	206,17	
367	13	M	Tumore maligno dell'app. riproduttivo femminile, senza CC	1.848,09	225,56	27	202,04	
368	13	M	Infezioni dell'app. riproduttivo femminile	1.481,61	206,58	17	140,48	

DRG				A	B	C	D	E
MDC TIPO				RICOVERI ORDINARI	RICOVERI DI 1 GIORNO E RICOVERI DIURNI	VALORE SOGLIA	INCREMENTO PRO DIE	Ricoveri di 1 giorno e ricoveri diurni (Day Surgery) in vigore dallo 01/01/2002
369	13	M	Disturbi mestruali e altre malattie dell'apparato riproduttivo femminile	1.097,78	250,38	11	214,85	
370	14	C	Parto cesareo, con CC	2.697,56	600,33	22	154,11	
371	14	C	Parto cesareo, senza CC	1.887,75	585,04	13	135,52	
372	14	M	Parto per via vaginale, con CC	1.794,79	254,10	17	199,14	
373	14	M	Parto per via vaginale, senza CC	1.191,57	246,25	7	157,42	
374	14	C	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	1.556,39	643,71	9	205,34	
375	14	C	Parto vaginale con altra procedura operativa escluse sterilizz. e/o dilat e	2.436,02	934,99	9	270,62	
376	14	M	Diagnosi relative a postparto e postaborto, senza intervento chirurgico	1.025,89	212,78	8	177,25	
377	14	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto, con intervento chirurgico	1.914,61	792,04	15	284,26	
378	14	M	Gravidanza ectopica	1.807,60	239,22	14	145,02	
379	14	M	Minaccia d'aborto	1.644,81	230,54	17	172,70	
380	14	M	Aborto senza dilatazione e raschiamento	880,04	277,23	7	151,63	
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento con aspirazione o isterotomia	1.079,19	668,50	4	235,92	863,35
382	14	M	Falso travaglio	351,19	268,97	19	75,61	
383	14	M	Altre diagnosi preparto, con CC	1.245,28	231,78	14	154,11	
384	14	M	Altre diagnosi preparto, senza CC	1.130,42	200,38	19	139,65	
385	15		Neonati morti o trasferiti a struttura per assistenza per acuti	3.153,70	242,94	19	208,23	
386	15		Neonati gravemente immaturi o sindrome da distress respiratorio	9.716,82	220,63	138	132,22	
387	15		Prematurità con problemi maggiori	5.418,26	208,65	83	126,02	
388	15		Prematurità senza problemi maggiori	3.005,78	146,67	48	144,19	
389	15		Neonato a termine con problemi maggiori	1.451,45	162,78	17	102,46	
390	15		Neonato con altri problemi significativi	1.036,63	129,32	14	76,43	
391	15		Neonato normale	413,17	138,41	8	0,00	
392	16	C	Splenectomia, età > 17	4.848,09	1.269,25	32	233,44	
393	16	C	Splenectomia, età < 18	3.462,33	770,97	20	186,34	
394	16	C	Altri interventi sugli organi ematopoietici e sul sangue	3.028,50	1.008,95	29	237,98	
395	16	M	Malattie dei globuli rossi, età > 17	2.714,91	223,94	43	190,88	
396	16	M	Malattie dei globuli rossi, età < 18	1.251,48	246,25	11	181,79	
397	16	M	Malattie della coagulazione	3.832,52	348,71	37	269,80	
398	16	M	Malattie del sistema reticoloendoteliale ed immunitario, con CC	4.771,23	292,52	57	150,39	
399	16	M	Malattie del sistema reticoloendoteliale ed immunitario, senza CC	2.328,18	226,00	32	135,10	

				A	B	C	D	E
DRG				RICOVERI ORDINARI	RICOVERI DI 1 GIORNO E RICOVERI DIURNI	VALORE SOGLIA	INCREMENTO PRO DIE	Ricoveri di 1 giorno e ricoveri diurni (Day Surgery) in vigore dallo 01/01/2002
MDC TIPO								
400	17	C	Linfoma e leucemia con interventi maggiori	7.439,87	1.462,61	57	244,18	
401	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi, con CC	7.161,40	1.056,05	78	217,74	
402	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi, senza CC	3.008,26	785,02	45	119,41	
403	17	M	Linfoma e leucemia non acuta, con CC	5.796,30	296,66	60	244,59	
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta, senza CC	2.871,09	217,33	46	188,82	
405	17	M	Leucemia acuta, senza interventi chirurgici maggiori, età < 18	5.963,22	556,94	19	435,06	
406	17	C	Mal mieloprolif o neoplasie scars diff, con interventi chir maggiori, con C	8.356,27	1.379,56	75	194,60	
407	17	C	Mal mieloprolif o neoplasie scars diff, con interventi chir maggiori, senza	4.020,93	988,29	51	137,17	
408	17	C	Mal mieloprolif o neoplasie scars diff, con altri interventi chirurgici	3.828,81	984,56	33	240,46	
409	17	M	Radioterapia	2.276,54	290,46	24	216,50	
410	17	M	Chemioterapia, senza leucemia acuta come diagnosi secondaria	1.470,46	275,99	11	218,15	
411	17	M	Anamnesi positiva per tumore maligno, senza endoscopia	1.254,37	214,43	23	132,22	
412	17	M	Anamnesi positiva per tumore maligno, con endoscopia	1.014,74	279,71	19	203,69	
413	17	M	Altre mal mieloproliferative o neoplasie scars differenziate, con CC	4.312,62	223,52	65	181,38	
414	17	M	Altre mal mieloproliferative o neoplasie scars differenziate, senza CC	2.809,11	210,30	50	125,19	
415	18	C	Interventi chirurgici per malattie infettive e parassitarie	5.578,14	1.322,54	43	213,19	
416	18	M	Setticemia, età > 17	4.010,18	208,23	51	168,98	
417	18	M	Setticemia, età < 18	2.167,06	215,26	24	195,42	
418	18	M	Infezioni post chirurgiche e post traumatiche	2.221,18	206,56	31	180,55	
419	18	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17, con CC	2.405,66	223,52	34	137,58	
420	18	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17, senza CC	1.851,81	202,86	28	118,99	
421	18	M	Malattie di origine virale, età > 17	1.761,74	210,71	21	144,19	
422	18	M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età > 17	1.328,33	220,63	14	197,50	
423	18	M	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	2.674,83	263,60	28	202,45	
424	19	C	Interventi chirurgici con diagnosi principale di malattia mentale	5.968,18	948,22	49	176,42	
425	19	M	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	1.701,42	221,87	33	193,36	
426	19	M	Nevrosi depressiva	1.713,81	168,57	44	158,66	
427	19	M	Altre nevrosi, esclusa nevrosi depressiva	1.508,06	181,38	43	170,64	
428	19	M	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	1.890,23	161,54	51	150,39	
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale	2.361,66	177,25	53	118,17	
430	19	M	Psicosi	2.347,61	152,46	63	144,19	

				A	B	C	D	E
DRG				RICOVERI ORDINARI	RICOVERI DI 1 GIORNO E RICOVERI DIURNI	VALORE SOGLIA	INCREMENTO PRO DIE	Ricoveri di 1 giorno e ricoveri diurni (Day Surgery) in vigore dallo 01/01/2002
MDC TIPO								
431	19	M	Disturbi mentali dell'infanzia	1.459,30	183,03	27	124,78	
432	19	M	Altre diagnosi di disturbi mentali	1.871,64	190,06	25	140,89	
433	20		Abuso o dipendenza da alcool e farmaci, dimesso contro parere medico	883,34	244,59	4	225,59	
434	20		Abuso o dipend da alcool e farmaci, disintossic o altri tratt sintom, con CC	1.866,27	168,16	31	153,70	
435	20		Abuso o dipend da alcool e farmaci, disintossic o altri tratt sintom, senza CC	1.588,55	161,14	41	153,29	
436	20		Dipendenza da alcool e farmaci, con terapia riabilitativa	1.866,68	110,31	51	66,10	
437	20		Dipendenza da alcool o farmaci, con riabilitazione e disintossicazione cc	2.059,22	119,82	57	71,89	
439	21	C	Trapianto di cute per trauma	3.062,79	1.103,51	50	171,46	
440	21	C	Sbrigliamento di ferita da trauma	4.105,62	1.053,98	47	286,32	
441	21	C	Interventi sulla mano per trauma	1.520,45	832,94	19	168,98	
442	21	C	Altri interventi per trauma, con CC	5.502,13	1.150,26	78	224,76	
443	21	C	Altri interventi per trauma, senza CC	3.154,52	882,52	43	168,16	
444	21	M	Lesioni traumatiche, età > 17, con CC	1.996,42	191,30	28	163,20	
445	21	M	Lesioni traumatiche, età > 17, senza CC	1.334,11	190,06	23	159,90	
446	21	M	Lesioni traumatiche, età < 18	1.016,80	264,84	7	220,22	
447	21	M	Reazioni allergiche, età > 17	1.277,50	241,70	19	204,10	
448	21	M	Reazioni allergiche, età < 18	761,05	224,76	7	206,99	
449	21	M	Avvelenamento ed effetti tossici da farmaci, età > 17, con CC	2.015,42	243,35	29	196,66	
450	21	M	Avvelenamento ed effetti tossici da farmaci, età > 17, senza CC	1.130,42	234,68	11	192,12	
451	21	M	Avvelenamento ed effetti tossici da farmaci, età < 18	844,51	280,13	4	209,47	
452	21	M	Complicanze legate ad una terapia, con CC	1.894,78	255,34	46	150,39	
453	21	M	Complicanze legate ad una terapia, senza CC	1.394,43	187,99	29	133,46	
454	21	M	Altre diagnosi di trauma, avvelenamento, ed effetti tossici, con CC	2.361,66	281,31	41	216,50	
455	21	M	Altre diagnosi di trauma, avvelenamento, ed effetti tossici, senza CC	1.510,54	260,70	23	113,62	
456	22	M	Ustioni, paziente trasferito ad altra struttura di assistenza per acuti	3.032,22	354,91	32	199,98	
457	22	M	Ustioni estese senza intervento chirurgico	3.810,22	250,79	50	200,38	
458	22	C	Ustioni non estese con trapianto di cute	8.424,45	2.027,40	81	229,72	
459	22	C	Ustioni non estese con sbrigliamento di ferita o altri interventi	3.575,54	608,59	48	156,59	
460	22	M	Ustioni non estese senza intervento chirurgico	2.134,00	213,61	31	129,74	
461	23	C	Intervento chirurgico con diagnosi di altri contatti con servizi sanitari	2.237,70	804,85	29	171,05	
462	23	M	Riabilitazione	1.554,33	190,06	45	73,13	

				A	B	C	D	E
DRG				RICOVERI ORDINARI	RICOVERI DI 1 GIORNO E RICOVERI DIURNI	VALORE SOGLIA	INCREMENTO PRO DIE	Ricoveri di 1 giorno e ricoveri diurni (Day Surgery) in vigore dallo 01/01/2002
MDC TIPO								
463	23	M	Segni e sintomi, con CC	2.617,40	216,09	42	118,99	
464	23	M	Segni e sintomi, senza CC	1.589,86	174,35	32	109,90	
465	23	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi positiva per tum maligno come dia	667,67	160,72	19	160,31	
466	23	M	Assistenza riabilitat senza anamnesi positiva per tum maligno come diag	1.172,56	240,05	7	139,24	
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	1.210,99	219,81	11	116,51	
468	0	C	Interventi chirurgici non correlati alla diagnosi principale	4.650,18	1.377,50	39	221,46	
469	0		Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	351,19	79,74	15	63,62	
470	0		Non raggruppabile	351,19	47,10	33	37,60	
471	8	C	Interventi chirurgici bilaterali o multipli delle artio maggiori arti inferiori	11.300,90	6.175,58	101	171,88	
472	22	C	Ustioni estese con intervento chirurgico	25.508,84	5.849,60	233	240,46	
473	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17	15.791,18	639,99	102	459,86	
475	4	M	Malattie dell'apparato respiratorio, con assistenza ventilatoria	7.558,04	378,03	64	271,04	
476	0	C	Intervento chirurgico sulla prostata, non correlato alla diagnosi principale	3.669,74	943,26	37	187,58	
477	0	C	Intervento chirurgico non esteso non correlati alla diagnosi principale	2.462,06	781,30	29	153,29	
478	5	C	Altri interventi chirurgici vascolari, con CC	4.729,10	1.501,86	62	180,55	
479	5	C	Altri interventi chirurgici vascolari, senza CC	3.111,55	1.106,05	45	161,54	
480	0	C	Trapianto di fegato	48.753,63	9.972,99	88	679,66	
481	0	C	Trapianto di midollo osseo	33.053,24	3.583,80	106	821,78	
482	0	C	Tracheostomia in corso di malattie della bocca, laringe e faringe	8.681,43	1.965,84	72	178,07	
483	0	C	Tracheostomia escluso in corso di malattie della bocca, laringe e faringe	32.716,93	5.412,88	132	390,86	
484	24	C	Craniotomia per traumi multipli significativi	14.010,44	3.685,44	91	383,42	
485	24	C	Reimpianto di arti, anca e femore, in caso di traumi multipli significativi	10.458,46	3.318,14	57	249,97	
486	24	C	Altri interventi chirurgici per traumi multipli significativi	9.455,70	2.540,55	61	270,21	
487	24	M	Altri traumi multipli significativi	4.430,78	365,65	35	266,49	
488	25	C	Infezione da HIV, con interventi chirurgici estesi	9.113,19	1.175,46	110	157,83	
489	25	M	Infezione da HIV con condizioni maggiori correlate	5.325,29	226,42	109	140,48	
490	25	M	Infezione da HIV senza altre condizioni maggiori correlate	3.233,43	235,06	56	160,72	
491	8	C	Interventi di reimpianto delle articolazioni maggiori e degli arti superiori	4.048,61	2.029,06	47	142,13	
492	17	M	Chemioterapia con leucemia acuta come diagnosi secondaria	5.260,42	455,31	15	186,75	